This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD STOR
L826 .G54 1898
Dyspepsies nerveuses et neurasthenie /
24503342723

SPEPSIES NERVEUSES

ET

URASTHÉNIE

PAR LE

Docteur PAUL GLATZ

Médecin des Etablissements hydrothérapiques de Champel (près Genève)
et de Nice (Etablissement hydrothérapique du Bd Tzarewitch).
Ancien Président de la Société de Médecine de Genève,
Membre correspondan
des Sociétés d'Hydrologie, d'Hygiène et d'Electrothérapie de Paris.

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE G. MEY BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1898
GEORG & Cie

826

LANE MEDIC
STANFORD U
MEDICAL CEN
STANFORD, C

DEC 20 1957

LANE
MEDICAL LIBRARY
Gift
Walter Alvarez, M.D.

ET

NEURASTHÉNIE

PAR LE

Docteur PAUL GLATZ

Médecin des Etablissements hydrothérapiques de Champel (près Genève et de Nice (Etablissement hydrothérapique du Bd Tzarewitch).

Ancien Président de la Société de Médecine de Genève,

Membre correspondant

des Sociétés d'Hydrologie, d'Hygiène et d'Electrothérapie de Paris.

LANE LIBRARY

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1898

Genève : GEORG & Cie

STANFORD-LANE MEDICAL LIBRARY

GENÈVE
IMPRIMERIE W. KÜNDIG & FILS

LANE LIBRARY

L826
G54
1898

PRÉFACE

En publiant ces quelques pages, que nous dédions à nos Collègues et à nos Clients, nous n'avons pas eu d'autre intention que d'exposer notre méthode curative dans le traitement de deux maladies, qui comptent aujourd'hui parmi les plus répandues, et aussi les plus connues, mais qui néanmoins ne sont pas toujours comprises et traitées comme elles devraient l'être. Nous voulons parler de **la Neurasthénie et des Dyspepsies nerveuses.**

Assurément aucune thérapeutique efficace et rationnelle n'est possible sans un bon diagnostic. Aussi, nous sommes-nous quelque peu étendu sur la pathogénie et la symptomatologie des affections des voies digestives, sur leur diagnostic différentiel, et leurs rapports avec l'épuisement nerveux. Nous l'avons fait d'autant plus volontiers que l'on ne saurait, ce nous semble, faire trop ressortir et mettre en évidence le rôle considérable joué par le système

nerveux dans la grande majorité des affections gastro-intestinales, rôle que les écrits parus sur ce sujet n'ont pas toujours suffisamment mis en relief. Aussi quelques médecins envisagent-ils encore comme gastrite ou catarrhe ce qui en réalité n'est que névrose ou neurasthénie. Or, comme le traitement du catarrhe n'est pas le même que celui de l'atonie, qu'il en diffère même absolument, il importe de ne plus confondre ces deux états morbides; et il est bon de se rappeler que, si le catarrhe est relativement très rare, la neurasthénie et la névrose de l'estomac sont en revanche extrêmement fréquentes, et représentent certainement de beaucoup la plus grande partie des affections gastro-intestinales.

Au point de vue thérapeutique, nous espérons démontrer que le traitement de l'atonie de l'estomac et des névroses de la digestion, relève essentiellement des *agents physiques* de la médecine et du *régime alimentaire;* qu'en outre, *l'Hydrothérapie, l'Electricité et le massage, combinés avec un régime approprié,* doivent être aussi à la base du traitement des affections catarrhales et organiques de l'estomac; mais qu'il y aura lieu, dans ces cas, d'ajouter au régime et aux agents mécaniques l'usage des eaux minérales, et plus particulièrement des *eaux alcalines,* dont les effets sur la muqueuse gastri

sont connus de tout le monde; tandis que ces mêmes eaux sont contre-indiquées dans la plupart des dyspepsies nerveuses. Nous disons la plupart, car les eaux alcalines seront encore ordonnées, et avec raison, dans la *névrose hyperchlorhydrique,* et dans l'*ulcère de l'estomac,* auquel nous reconnaissons au surplus une origine nerveuse trophique.

Si nous n'hésitons pas à dédier ce livre à nos Clients aussi bien qu'à nos Collègues, ce n'est pas que nous ne sachions fort bien que pour beaucoup de malades, et notamment pour les nerveux et les neurasthéniques, la lecture des livres de médecine a plutôt une mauvaise influence sur leur état moral. Mais, sans prendre l'avis de personne, les neurasthéniques lisent presque tous un plus ou moins grand nombre d'ouvrages traitant de leur maladie. Ils sont même très souvent au courant de cette littérature spéciale, autant, si ce n'est plus, que bon nombre de médecins. Or, généralement, leur choix est loin d'être très judicieux; et ces malades ont lu le plus souvent un monceau de brochures, qui ne sont presque toutes que des réclames plus ou moins déguisées en faveur de cures soi-disant merveilleuses, et de certains spécifiques.

Ces livres, comme la plupart de ceux qui traitent de l'impuissance, et d'autres sujets délicats, sont des

plus funestes : car ils exagèrent le plus souvent les effets possibles de la maladie, qu'ils exposent sous les couleurs les plus sombres; et ils augmentent ainsi la dépression morale des malades, en leur persuadant qu'ils sont incurables, et en faisant défiler sous leurs yeux tous les symptômes qu'ils pourraient présenter, et que l'auto-suggestion finit par rendre très réels chez ces malheureux impressionnables à l'excès.

Les avertissements du médecin ne leur ont pas manqué; mais pour le neurasthénique, le besoin de raconter et d'exposer ses maux à tout venant n'a d'égal que son désir de « s'instruire » sur sa maladie. Cela devient parfois une véritable obsession à laquelle le malade ne peut résister.

Il vaut donc mieux, à notre avis, autoriser ce qu'on ne peut empêcher, et remettre, entre les mains des neurasthéniques, des livres sérieux qui représentent les choses telles qu'elles sont, sans les assombrir, et sans tomber dans un optimisme excessif qui serai aussi dangereux que le pessimisme; car il n'est tr souvent que le prélude de ces désillusions et de désespérances si fréquentes et si tristes che malades en question.

D'une manière générale, il vaut donc mie lon nous, que le malade sache où il va. Auss

toutes les maladies d'ordre essentiellement subjectif, *le livre,* de même que *la parole,* peut avoir une influence très heureuse, et une importance suggestive qui ne sont certes pas à dédaigner.

C'est ainsi que nous n'avons pu tranquilliser les appréhensions d'un malade *faux cardiaque,* convaincu qu'il était atteint d'une maladie du cœur, qu'en lui démontrant par la lecture d'un traité de médecine que les symptômes qu'il présentait étaient l'effet d'actions réflexes de l'estomac, et non d'une maladie organique, dont il ne présentait du reste aucun symptôme objectif réel. Ce malade ne croyait pas aux assurances des médecins, qui, disait-il, cherchaient charitablement à le tromper sur la gravité de sa situation; mais il se rendit aux raisons et aux arguments du livre, dont il ne pouvait nier l'objectivité et l'impartialité.

Dans quelques cas donc, la lecture d'un ouvrage médical, loin d'être nuisible, peut au contraire, si elle est bien dirigée, agir très favorablement sur l'esprit du malade, et aider à son entraînement psychique; c'est parfois un moyen suggestif important qu'il ne faut pas mépriser, et dont on doit savoir tirer parti dans certaines occasions.

Le traitement des affections nerveuses est souvent si aléatoire, si délicat et si incertain; il doit

tenir un tel compte de l'action morale, que rien de ce qui peut agir sur l'idée et l'imagination ne doit être négligé. Toutefois hâtons-nous d'ajouter que les malades feraient mieux de s'en tenir aux seuls conseils de leurs médecins, sans s'appliquer à l'étude de choses ou de faits qu'ils ne peuvent comprendre qu'à moitié ou même pas du tout, et dont en général ils interprètent faussement le sens. Ils éviteraient ainsi de suivre à tort et à travers, sans direction et sans raisonnement, toutes sortes de cures empiriques, le plus souvent inconscientes ou extravagantes; et qui, la plupart du temps ordonnées et suivies en dépit du bon sens, ne font qu'aggraver cette malheureuse neurasthénie, pour le traitement de laquelle il faut avoir beaucoup d'expérience et de tact, faire montre d'une grande prudence, éviter toute exagération thérapeutique, et savoir souvent se borner aux petits moyens.

Telles sont les considérations qui peuvent expliquer notre double dédicace, et nous autoriser à recommander cet ouvrage à nos Clients comme à nos Confrères, dans l'espoir qu'ils lui feront bon accueil.

Nice, mars 1897.

DYSPEPSIES NERVEUSES

ET

NEURASTHÉNIE

« Nur nicht müde werden. »
Prof. von Bergman.

« The best inspirer of hope is the best physician. »
Colerigde.

INTRODUCTION

Il a été publié depuis quelques années tant de travaux sur les **Dyspepsies nerveuses et la neurasthénie**, qu'il peut sembler superflu de revenir encore sur un sujet en apparence épuisé. Mais les problèmes médicaux sont de ceux dont l'étude n'est jamais terminée ; et plus particulièrement, dans le domaine des maladies fonctionnelles, il sera toujours possible d'apporter, par les déductions pratiques que l'on saura tirer de l'expérience et de l'observation des faits, des matériaux nouveaux et utiles, susceptibles de perfectionner la thérapeutique, et de faciliter le diagnostic, sans lequel aucun traitement logique n'est possible. C'est ainsi que s'étendent

peu à peu nos connaissances, et que grandit l'édifice médical, dont la construction durera aussi longtemps que l'humanité.

Nous avons lu, avec toute l'attention qu'elles méritent, les nombreuses publications qui ont trait à la neurasthénie, et qui ont paru dans ces quinze dernières années. Mais nous devons constater que, si elles sont en quelque sorte innombrables, les travaux originaux, ou tout au moins ceux qui sont le résultat d'une pratique et d'une expérience personnelles suffisamment longues, sont en somme assez rares. La mode est aux publications prématurées, écrivait avec raison le professeur Charcot dans une de ses policliniques. C'est ce qui paraît être surtout le cas pour la neurasthénie et les affections nerveuses, où, à part les ouvrages classiques parus sur ces sujets, nous ne trouvons plus que des études peu originales, et sans opportunité. C'est qu'elles ont été écrites par de jeunes praticiens spécialisés dans les maladies nerveuses, les maladies à la mode, ayant hâte de se signaler, mais manquant des connaissances et surtout de l'expérience spéciales. Or celles-ci, dans l'espèce, ne peuvent s'acquérir que par des observations assidues, et par une longue pratique des effets des agents physiques sur l'homme sain ou malade.

Les manifestations de la neurasthénie, et les symptômes si variés dont se plaignent les malades, présentent ce caractère de subjectivité qui caracté-

rise les affections dynamiques et fonctionnelles. Elles exigent par cela même, pour être traitées avec autorité et compétence, une grande expérience des maladies nerveuses, et une observation patiente et attentive des faits de la neurasthénie. C'est l'expérience des neurasthéniques qui permet au médecin d'apprécier, et de ramener à leur valeur réelle, les phénomènes si extraodinaires parfois et si étranges que présentent les malades, et qui lui donne la confiance et la sûreté dans la thérapeutique. C'est elle seule qui rend possible un choix judicieux et rationnel dans l'encombrement des remèdes, et des traitements tour à tour recommandés pour les affections nerveuses et neurasthéniques. Aussi, est-ce surtout de ces maladies qu'on peut dire que la thérapeutique ne s'apprend pas dans les livres, mais au lit du malade.

Rien de plus illogique que de soumettre indifféremment tous les neurasthéniques à un traitement uniforme, thérapeutique de parti-pris toujours la même, comme par exemple les douches froides, ou la cure d'isolement, ainsi qu'elle a été conseillée par le médecin américain Weir-Mitchell. Les traitements exclusifs peuvent être aussi nuisibles qu'utiles; et si nous avons vu certains cas, en apparence désespérés, guéris par la « cure Américaine, » nous en avons vu d'autres aggravés certainement par cette réclusion trop sévère, que bon nombre de malades ne peu-

vent supporter, et dont l'usage, imposé coûte que coûte, non seulement ne procure aucun soulagement, mais aggrave encore l'affaissement moral et la dépression psychique, qui rendent la vie si pénible aux neurasthéniques.

Nous ne pouvons recommander le traitement de Weir-Mitchell qu'aux neurasthéniques déprimés et très affaiblis; aux grands fatigués qui sentent la nécessité d'un repos absolu et complet; à ceux qui, très affaissés moralement, sont indifférents à l'ennui s'attachant forcément à toute réclusion prolongée; et qui au contraire, trouvent une grande quiétude et un grand soulagement moral, à l'idée d'être isolés et séparés du monde, plus particulièrement de toutes les personnes avec lesquelles ils avaient été en relation.

Ces malades sentent impérieusement et comme par instinct le besoin d'être gouvernés par une volonté ferme et étrangère, par une sorte de tuteur moral qui les aide, les remonte, leur redonne du courage en chassant leurs idées noires; et qui, les conduisant par la main, les dirige peu à peu dans le chemin de la guérison, en leur imposant le mot de la vie « lutte et aie confiance. »

Ce n'est que lorsque le traitement correspond à un vrai besoin, comparable en quelque sorte à celui de la morphine chez le mophinomane, que l'on peut espérer un résultat vraiment avantageux de la

cure de Weir-Mitchell, et qu'il est permis au médecin d'insister sur l'urgence de son emploi.

La cure américaine, qui a pris en Allemagne le nom de « Mastkur, » nous ne savons trop pourquoi, car il s'agit ici bien plus d'une cure de repos, de traitement psychique, et d'un régime approprié à l'état des voies digestives que d'une alimentation forcée, d'un gavage que le malade du reste ne peut que très rarement supporter ; la cure américaine dis-je, à été ordonnée beaucoup trop souvent à tort et à travers, sans que l'on ait pris au préalable la peine de consulter l'état moral du neurasthénique. Aussi les résultats en furent-ils souvent déplorables ; car, l'isolement, la solitude, la séquestration de la famille, n'ont qu'un effet délétère chez les pusillanimes, les malades sensibles, impressionnables, enclins à la dépression morale, et qui ne se soumettent qu'avec répugnance ou appréhension à cette cure qui les effraie par sa sévérité et son apparente dureté.

Quant à l'alimentation recommandée par Weir-Mitchell, — où l'usage du lait joue un rôle prépondérant, — nous ne pouvons l'admettre dans les cas de neurasthénie, et ce sont les plus fréquents, qui s'accompagnent d'atonie et de dilatation de l'estomac. Dans ces cas en effet tous les liquides sont mal digérés, et augmentent la distension et l'état dyspeptique ; aussi le régime lacté ne peut-il être recommandé à la grande majorité des neurasthéni-

ques, chez lesquels nous avons pu bien souvent constater une aggravation de l'état gastrique par l'usage abusif du lait.

C'est pourquoi nous avons modifié le régime américain de manière à bénéficier des avantages du lait, tout en évitant les inconvénients qu'il présente comme liquide.

Bien entendu que ce régime s'applique aux neurasthéniques gastriques, le traitement classique de Weir-Mitchell reprenant tous ses droits pour les hystériques ou les neurasthéniques non dyspeptiques, fort rares il est vrai.

Nous combinons l'isolement avec le massage et l'hydrothérapie par le *drap mouillé,* dont l'importance paraît avoir échappé à la sagacité du médecin américain; car il ne parle nulle part de cet agent thérapeutique aussi simple qu'efficace. Le traitement et le régime alimentaire sont ordonnés comme suit :

Le matin à 7 h. : friction au drap mouillé (eau froide de 14° à 10° C., friction énergique, drap bien tordu).

A 8 h. : deux soucoupes de porridge, deux œufs à la coque, toast, beurre.

A 9 h. : massage de tout le corps de $^1/_2$ heure à 1 heure.

A 10 h. : un à deux œufs, bouillie au tapioca, une petite tasse de lait.

A midi : viandes rôties, légumes verts, purée aux lentilles, macaronis, riz, pain grillé, un verre de Porto ou de Bordeaux, ou de Bourgogne, séjour en plein air jusqu'à 3 heures.

A 4 h. : 2me massage, puis : œufs, purée aux lentilles, ou farine lactée, du thé au lait et pain de Graham (brown bread ou pain complet), beurre. Séjour en plein air, ou promenade de 30 à 60 minutes.

A 5 h. : s'il y a lieu, faradisation de tout le corps avec la brosse ou le pinceau métallique.

A 6 h. : même repas qu'à midi, puis repos en plein air sur une chaise longue jusqu'à 8 heures.

A 8 1/2 h. : maillot calmant, ou friction au drap mouillé, suivant l'indication du moment. Le maillot, ou plus simplement le drap mouillé, pratiqués au moment du coucher, produit un sommeil calme, tranquille et réparateur, que l'on n'obtient jamais par les hypnotiques ordinaires (sulfonal, chloral, bromures, trional, etc.).

Cette cure mitigée, plus aisée à supporter que le traitement sévère de Weir-Mitchell, suffit certainement dans la plupart des cas de neurasthénie simple. Mais il faut combiner ce même régime avec le repos absolu et complet, tel qu'il a été formulé par Weir-Mitchell dans tous les cas de neurasthénie grave, ou de neurasthénie qui résiste aux traitements ordinaires.

On peut aussi combattre l'insomnie, en appliquant

au malade le procédé de Strümpell, qui consiste à supprimer les excitations sensorielles de l'ouïe *par l'occlusion totale des oreilles;* mais il faut en même temps isoler complètement le malade, et lui suggérer l'idée fixe du sommeil. Si l'on ajoute à cela le massage léger, ou plutôt l'effleurement de la tête avec compression très légère des yeux, on arrive assez facilement à faire perdre au sujet son état de conscience.

Le prof. Raymond a du reste montré qu'il y avait une relation certaine entre la suppression des sensations et le sommeil naturel; il cite un malade auquel il était impossible de faire garder un état de conscience lorsqu'on lui bouchait les oreilles. On fait compter le malade; on lui bouche les oreilles au nombre 4 : il compte 5, puis sa langue et ses lèvres sont agitées de quelques mouvements qui cessent aussitôt, et le malade est dans un état particulier : yeux fixes, aspect hébété, bouche entr'ouverte. Et au réveil, il ne se souvient de rien[1].

Il est clair que, dans ces cas, la suppression des sensations doit amener le repos du système nerveux, une sorte de syncope psychique, par la suppression de l'activité cérébrale. Est-ce en supprimant les

[1] F. Raymond. *Sur un cas d'anesthésie généralisée chez l'homme.* (Bulletin médical, 1893, et Revue de médecine, 1891.)

matériaux nécessaires à l'activité cérébrale, ou en diminuant l'activité nutritive, que la fermeture des sens atteint la vie psychique ? (voir *Revue de médecine,* n° 5, 1896. F. Roland. *Suppression des sensations*). Le prof. Raymond conclut que l'activité cérébrale, qui constitue l'état de veille, ne peut se maintenir qu'à la faveur des excitations du dehors.

Qu'on épargne aussi aux neurasthéniques toutes les inutiles préparations de la pharmacie, dont l'interminable liste n'est guère qu'une marque d'impuissance ; et dont l'effet le plus clair est de rendre l'estomac de plus en plus faible et paresseux, de plus en plus dyspeptique. On les remplacera, pour le plus grand avantage du malade, par les sages prescriptions de l'hygiène et du régime.

Ce n'est pas aux médecins à faire la fortune des trop nombreux chimistes et pharmaciens, qui chaque année trouvent un nouveau remède, ou lancent une nouvelle spécialité, pour leur plus grand bien et celui des journaux, mais au détriment de la bourse et parfois de la santé de leurs clients.

Qui a jamais obtenu un résultat vraiment palpable de l'acide salicylique, de la résorcine, de l'eau chloroformée, des valérianates, du naphtol, des amers, de l'oréxine, des injections de Brown-Séquard, ou de cervelle de mouton, et de tous les toniques recommandés et employés dans l'atonie et la neurasthénie gastrique ? Nous ne voulons pas dire

certainement que tous les médicaments doivent être condamnés *a priori ;* et l'on aura souvent à mettre à contribution les phosphates, la strychnine, l'huile de foie de morue, la kola, les injections de sérum, etc., dans le traitement de la neurasthénie. Aussi, ne proscrivons-nous pas l'emploi des médicaments qui ont fait leurs preuves, et qui, par leurs effets toniques et reconstituants de la cellule nerveuse, sont bien indiqués dans l'épuisement nerveux. Mais, nous nous élevons contre leur abus, et surtout contre l'abus de cette foule de drogues, dont nous lisons les réclames pompeuses dans la quatrième page des journaux, et dont chaque neurasthénique est ou a été plus ou moins saturé.

Il existe depuis quelques années un nouveau genre de réclame médicale, très fin de siècle celui-là ; il dénote bien la pléthore qui sévit actuellement dans la profession médicale, comme dans toutes les professions, libérales et autres du reste : c'est la publicité que font certains pharmaciens, fabricants de spécialités, dont les remèdes à la mode, et plus particulièrement la kola, les glycérophosphates, le coca forment généralement la base. Ces lanceurs d'affaires ont des médecins à leur solde, et créent des journaux qu'ils expédient dans le monde entier. — Ce n'est pas sans un certain sentiment de tristesse et de confusion, que nous assistons à cette main mise sur des confrères intelligents, forcés par les difficul-

tés de la vie à vendre leur plume à ces thérapeutistes fantaisistes, qui ne pensent qu'à tirer profit de la crédulité publique.

Ils pourraient certainement trouver mieux que cela ; car la plupart des articles qui représentent le côté sérieux du journal sont généralement fort bien faits, écrits dans les meilleurs termes, et ne dépareraient aucune revue de médecine. Mais hélas ! on a beau avoir du talent, il faut vivre ; et si l'on est sans fortune et sans réputation, que devenir ? Du reste, n'est-il pas plus agréable de faire de l'argent avec des articles de journaux, que de peiner et de « trimer » avec une clientèle souvent difficile, toujours fatigante. De même que l'ouvrier, l'étudiant, qui a pris l'habitude des villes, ne veut plus entendre parler de la campagne. Où trouverait-on encore le médecin de campagne de Balzac ? Aussi, nous marchons à grands pas au prolétariat scientifique et littéraire, qui, à défaut de révolutions, nous conduira fatalement au protectionnisme des études et des fonctions libérales, ce qui serait les préliminaires de la décadence des hautes études, comme les tarifs prohibitifs sont finalement la ruine du commerce et de l'industrie. Espérons que les idées d'autrefois, qui sont celles du bon sens, épargneront à l'Europe cette nouvelle cause d'infériorité dans la lutte qu'elle soutient, et qu'elle aura toujours de plus en plus à soutenir, avec les grands pays d'outre-mer.

On ne peut écrire sur la neurasthénie sans avoir présent à l'esprit le livre classique de Beard. Mais la part d'admiration faite à la façon magistrale dont ce médecin, au coup d'œil remarquable, a décrit et dépeint la pathogénie et les symptômes de la neurasthénie, on ne peut néanmoins retenir son étonnement à la lecture des recettes extraordinaires que Beard recommande au chapitre de la thérapeutique. L'ergotine, l'arsenic, le chanvre indien, des composés de zinc, le phosphure de zinc, l'oxyde de zinc, les bromures et valérianates, la caféine, la kola, le coca, la duboisine, l'eucalyptus, l'hydrastis, sans parler des phosphates, du fer, de l'opium, du chloral, de la strychnine, etc., etc., sont tour à tour administrés et préconisés par Beard, qui avait ainsi mis à la mode une déplorable thérapeutique basée uniquement sur la polypharmacie. Car c'est à peine si Beard fait mention des agents de la « médecine physique » qui, aujourd'hui, représente à peu près seule le traitement de la neurasthénie et des différents états nerveux.

J'ai actuellement sous les yeux la liste des médicaments absorbés et employés par un jeune neurasthénique de vingt ans, dont voici brièvement l'observation :

Développement de la neurasthénie à l'âge de quinze ans, après quatre attaques d'influenza dans la même année. Le malade est nerveux, irritable, très amai-

gri et débilité, souffre d'une dépression morale et d'une extrême mélancolie. Il est très frappé de son état, se plaint d'un serrement à la tête, d'insomnie, de faiblesse générale, de prostration, et comme tant de neurasthéniques, des symptômes les plus bizarres et les plus divers. Sans avoir du dégoût pour les aliments, il n'a pas d'appétit : après les repas, il sent une pesanteur à l'estomac, et éprouve souvent une sensation pénible qu'il ne peut définir, mais qui n'est ni une douleur, ni une pression ; nausées fréquentes, sans vomissement; pas de constipation, ni de diarrhées; pas d'hérédité appréciable; urines normales. Le malade ayant consulté de nombreux médecins a pris, sans résultat du reste, l'énorme quantité de médicaments dont ci-joint l'énumération, d'après les ordonnances qui nous sont présentées : divers glycéro-phosphates, de la kola granulée, du coca, de la cérébrine, de la strychnine, des injections sous-cutanées de phosphates, du vin de Chassaing, du chanvre Indien, de l'eau de Vichy, du valérianate de quinine, du valérianate de Pierlot, du valérianate de caféine et des bromures, de l'antipyrine, de la phénacétine, de la pepsine et de l'acide chlorhydrique, de la pancréatine, *du bicarbonate de soude à hautes doses*, du salicylate de magnésie et de bismuth, de la quinine, du quinquina, du trional, du sulfonal, des gouttes d'Hoffmann, de l'ammoniaque anisée, des pilules de Méglin, du chloroforme, de la

teinture d'Iode à l'intérieur, puis des lavages de l'estomac, et la diète lactée; enfin une cure thermale combinée à l'hydrothérapie, et consistant en un bain tiède à 8 heures, à 11 heures une douche tiède à 35° C., et le soir une douche écossaise ; dans l'après-midi, massage de tout le corps.

Ce cas ne laisse pas que d'être instructif, et même suggestif; car malgré, ou grâce à la surabondance des drogues, la dyspepsie et la neurasthénie ne firent qu'empirer. « Dans les maladies, certains symptômes sont moins l'effet du mal que des remèdes. » Voilà ce que disait Sydenham, il y a deux siècles, et rien ne peut s'appliquer avec plus de justesse à certains traitements des dyspepsies.

Nous entreprenons la cure de ce neurasthénique, en supprimant d'abord tout médicament, ainsi que la diète lactée. Nous lui ordonnons le régime alimentaire que nous faisons suivre aux neurasthéniques gastriques, et nous prescrivons pour toute hydrothérapie la simple friction au drap mouillé pratiquée le matin au lit. Après le drap mouillé, repos au lit pendant une heure, puis séjour au dehors sur une chaise longue jusqu'à 11 heures; enfin, « *bain statique* » de cinq minutes, suivi d'une promenade d'une demi-heure. Dans l'après-midi, léger massage pendant dix minutes, puis repos en plein air. Les fenêtres de la chambre à coucher sont laissées ouvertes pendant la nuit, ce qui a pour effet

de procurer presque aussitôt un sommeil tranquille. Pour ménager une transition entre la diète lactée et le régime alimentaire des neurasthéniques, nous prescrivons : 1er déjeuner : tapioca au lait et zwiebachs à 8 heures ; à 10 heures : extrait de malt et lait, un biscuit anglais ; à midi : un œuf à la coque, riz au lait, pain grillé, purée de pommes de terre ; à la fin du repas, une tasse de thé au lait. A 4 heures : potage épais au tapioca, pain grillé. Le soir vers 6 heures, même repas qu'à midi. Le traitement hydrothérapique fut porté peu à peu à une douche froide le matin (10° C. 2 atmosphères, 10 secondes) et un demi-bain refroidi le soir.

Ce malade gravement neurasthénique, mais sans hérédité prononcée, et jusqu'alors rebelle à tous les traitements, ce malade qui voulait guérir, et avait confiance en notre traitement, quitte notre établissement au bout de trois mois absolument guéri, et si bien transformé que ses proches avaient de la peine à le reconnaître.

Voilà, pensons-nous, un exemple de neurasthénie entretenue, sinon aggravée par un vrai surmenage thérapeutique ; et, il faut le reconnaître, les résultats du traitement pharmaceutique à outrance, comparés à ceux des empiriques en hydrothérapie, en massage, ou même en végétarisme, ne sont pas, tant s'en faut, à l'avantage des produits de la pharmacie.

De plus, la douche tiède ne pouvait être d'aucune

utilité au malade, tant qu'elle était maintenue à 35°C. pendant toute sa durée. En effet, la douche chaude n'est pas tonique ; elle est facilement et agréablement supportée ; mais elle fatigue à la longue, et ne doit être envisagée que comme une préparation à la douche fraîche ou froide ; elle ne peut jamais constituer un traitement complet et unique de la neurasthénie. Quant à la cure balnéaire, prescrite fort mal à propos, on peut le dire, elle ne pouvait qu'empirer la lassitude et la débilité générales.

Une douche tiède, un bain chaud et une douche écossaise, administrés dans la même journée, sont certainement un excès de thérapeutique balnéaire, qui ne peut qu'exagérer la fatigue nerveuse et la dépression morale. Aussi le malade était-il tombé dans une sorte de faiblesse irritable, d'autant plus grande que l'insomnie n'avait fait qu'augmenter, malgré toutes les applications tièdes, qui avaient censément pour but de calmer l'excitation nerveuse, et de combattre le manque de sommeil.

Le neurasthénique ne peut supporter de pareils traitements ; sa force de résistance est insuffisante, et l'épuisement augmente au lieu de diminuer. Bien mieux, nous estimons qu'aucune personne, aussi forte soit-elle, ne pourrait supporter sans en être fortement éprouvée, un traitement consistant en trois bains ou douches tièdes par jour.

Il est très avantageux de débuter dans le traite-

ment hydrothérapique de la neurasthénie par l'application du drap mouillé, qu'on aura soin de faire le matin au saut du lit. Les effets sont excellents, et de plus aucun procédé hydrothérapique ne prépare mieux à la douche, ou aux autres opérations de l'eau froide.

Le drap mouillé s'emploie de deux manières différentes, avec des effets absolument contraires, calmants ou excitants suivant la méthode employée. On peut appliquer d'abord le drap « non tordu, » ruisselant, après l'avoir trempé dans de l'eau tempérée, de 28° à 18° C. Dans cette opération, il faut éviter toute friction énergique; le doucheur à soin de n'exécuter qu'un léger *tapotement,* qu'il continue pendant une à deux minutes au plus; soit jusqu'à ce qu'il sente que la peau et le drap deviennent chauds; ensuite le patient est essuyé avec un drap sec, et se repose pendant une demi-heure au moins.

L'opération du drap mouillé calmant peut être répétée deux ou trois fois de suite, s'il y a lieu; ensuite on verse sur le corps ou sur le drap deux ou trois baquets d'eau tiède, fraîche ou froide, suivant le cas et l'indication.

Cette application est toujours calmante; elle est aussi antithermique. Dans l'excitation nerveuse ou cérébrale, ainsi que dans la fièvre, on enroule le drap mouillé autour du malade, au lieu de le lui poser simplement sur le corps. Cet enveloppement,

qui cesse dès que le drap devient chaud, ne doit pas être confondu avec celui de Priessnitz, dont il diffère entièrement. En effet, dans le maillot de Priessnitz, le malade est enveloppé pendant une heure, et même plusieurs heures, dans un drap mouillé *fortement tordu;* puis il est recouvert de plusieurs couvertures de laine, et reste ainsi emmailloté jusqu'à transpiration plus ou moins profuse; ce qui peut exiger une application prolongée pendant une, deux et même plusieurs heures; tandis que la durée de l'enveloppement calmant ne doit pas dépasser quelques minutes; car il s'agit alors d'éviter non seulement la sudation, mais encore une réaction trop énergique. Si la chaleur revient très vite, si la réaction est exagérée et immédiate, comme dans la fièvre ou dans l'agitation nerveuse, on renouvellera deux, trois et même quatre fois l'application du drap mouillé.

L'enveloppement calmant n'est jamais suivi d'une immersion ou d'une douche froide, mais d'affusions ou de piscines tempérées. Nous employons fort souvent le drap mouillé calmant chez les malades très impressionnables, que la douche irrite ou excite outre mesure, et empêche de dormir pendant les premiers temps de la cure hydrothérapique. Les douches en effet troublent parfois le sommeil, et agitent les nerfs des personnes qui n'en ont pas l'habitude. Il suffit alors le plus souvent de rempla-

cer simplement, pendant quelques jours, la douche du soir par le drap mouillé calmant, pour empêcher la douche du matin d'être excitante, ce qui permettra au malade de prendre plus tard, si on le juge nécessaire, et sans en être éprouvé, deux douches par jour.

Le drap mouillé et le maillot calmant, la douche et la piscine tempérées conviennent tout spécialement à ces formes d'excitation nerveuse et cérébrale, si fréquentes chez les personnes à tempérament nerveux et impressionnable, fatiguées par les veilles ou surmenées par des travaux intellectuels exagérés, ou ébranlées par les chagrins et les émotions. L'excitabilité nerveuse se manifeste par de l'insomnie ou un sommeil agité, troublé par un réveil prématuré, par des cauchemars; les malades éprouvent dans la journée le besoin de dormir, et dans la nuit, ils ne peuvent trouver le sommeil; la sensibilité intellectuelle est exaltée, le cerveau travaille incessamment, mais avec incohérence, tandis qu'une étude suivie est impossible. L'eau froide est dans ces cas absolument défendue au début du traitement; elle aggraverait sûrement l'état nerveux; aussi, l'on ne permettra les douches et les piscines froides qu'après entier apaisement de l'excitation nerveuse. C'est dans ces cas qu'il faut se rappeler la règle fondamentale de l'hydrothérapie appliquée aux maladies nerveuses : « *Calmer d'abord, tonifier ensuite.* »

On prescrira le même traitement aux malades atteints de *cérébrasthénie*. Il y a de fait une grande ressemblance entre les symptômes de la cérébrasthénie, et ceux de l'excitation nerveuse par fatigue cérébrale ou surmenage intellectuel. Au fond, ce sont les résultats d'une même cause, « l'épuisement nerveux. » L'épuisement nerveux et l'excitation nerveuse se confondent en effet presque toujours dans le même individu; mais, suivant la prédisposition du sujet, c'est tantôt l'asthénie, tantôt l'excitation qui prédominera. Chez les littérateurs, les romanciers, les hommes de lettres, les politiciens, les gens d'affaires, etc., nous remarquons fréquemment cette simultanéité de l'excitation et de la dépression nerveuse. Ces malades se plaignent d'écrire, de parler, de penser avec difficulté; s'ils se livrent à l'étude, ou même à une simple lecture, ils éprouvent aussitôt une sensation de fatigue cérébrale, avec serrement aux tempes; ils ont des vertiges accompagnés d'un sentiment désagréable de vide dans la tête, qu'ils doivent soutenir et appuyer; la moindre émotion est suivie d'une sorte de choc à la tête, avec sensation de constriction douloureuse du crâne; leur imagination n'est plus que passive; elle ne peut combiner les impressions qu'elle reçoit pour en former de nouvelles créations; la mémoire est indécise et affaiblie; ils souffrent d'insomnie, ou s'ils dorment, le sommeil n'est nullement réparateur; ils sont très

impressionnables, excitables à l'excès, d'humeur inégale, inquiète et chagrine. Lorsque cet état se complique d'excitabilité nerveuse de la moelle, il peut aller jusqu'à simuler une affection organique des centres nerveux, comme la paralysie générale ou la *sclérose en plaques.* Les malades ont alors une exagération des réflexes, des vertiges, éprouvent de la difficulté dans la marche, ont la parole embarrassée, lente. Le diagnostic différentiel est parfois très épineux, et nous avons vu des médecins distingués diagnostiquer une *sclérose en plaques* chez des malades qui n'avaient qu'une exagération fonctionnelle de l'excitabilité spinale, qu'une cure hydrothérapique faisait relativement vite disparaître. Nous avons assisté, en revanche, au développement progressif et continu de tous les symptômes classiques de la paralysie générale chez des malades apparemment neurasthéniques et regardés comme tels.

Il n'est pas toujours facile, en effet, de savoir si l'on a affaire à une simple *neurasthénie,* ou à la période « prodromique » ou *préparalytique* de la *paralysie générale progressive.* La céphalée, les vertiges, la dépression morale, l'hypocondrie, la lassitude, la faiblesse, les troubles dyspeptiques, les syncopes, les crampes, les troubles de la motilité, la perte de la mémoire, etc., sont autant de symptômes qu'on rencontre dans les deux cas. Les stigmates neurasthéniques ne donnent pas une assurance

absolue de neurasthénie simple, ces mêmes symptômes pouvant représenter à eux seuls la première phase de la démence paralytique.

Le diagnostic différentiel de la neurasthénie et de la paralysie générale s'établira surtout sur les symptômes suivants :

1° Le neurasthénique ne perd jamais l'idée de sa maladie; il en est au contraire obsédé. Son hypocondrie est la conséquence de l'obsession de la maladie, et de l'exagération de ses sensations morbides qui, périphériquement faibles, s'accroissent peu à peu par l'auto-suggestion, et arrivent en avalanche au cerveau. Tandis que le dément paralytique crée dans son cerveau de vésanique des phénomènes bizarres, invraisemblables, mais n'ayant aucun rapport ni aucune corrélation avec des sensations physiques réelles; c'est ainsi qu'il imagine des maladies qui n'existent pas en réalité, qu'il prétend ne pas avoir d'estomac, ou que son estomac est un sac, qu'il ne peut ni uriner, ni avaler, que ses conduits sont bouchés, etc., etc.

2° Le grand caractère de la paralysie générale, celui qui seul permet d'établir avec sûreté le diagnostic, c'est l'EUPHORIE. Tous les autres symptômes sont incertains, même les troubles de la parole, le tremblement des mains et de la langue, l'ophthalmoplégie interne, les idées délirantes, l'affaiblissement intellectuel, l'irritabilité du caractère; mais

la méningo-encéphalite ne fait plus de doute *quand le malade a perdu le sentiment de la maladie.* Toutefois, lorsque le caractère d'un individu s'est brusquement modifié, qu'il est devenu extrêmement irritable, que l'intelligence a en même temps sensiblement et progressivement baissé, qu'il a de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole, que la tristesse et le découragement font place à un optimisme et à une satisfaction personnelle exagérés, il ne s'agit plus d'un simple neurasthénique, mais d'un délirant.

Parmi les signes prémonitoires de la paralysie générale, il faut encore noter des convulsions, un accès brusque de surexcitation ou de manie. L'aphasie temporaire est aussi un symptôme important. Il en est de même de la sciatique double, quand elle est accompagnée d'une altération dans les manières, et le caractère tantôt gai, tantôt abattu.

Le médecin, qui fait de l'hydrothérapie, doit plus que tout autre savoir distinguer ces différents états, et reconnaître dès le début le neurasthénique simple du neurasthénique candidat à la paralysie générale: car la douche froide est nuisible aux paralytiques généraux. Il est vrai qu'il est permis de discuter l'avantage qu'il peut y avoir à prolonger la déchéance de ces malheureux malades; nous avons tous vu dans nos établissements de ces faux ou soi-disant neurasthéniques, qui ne sont en réalité que des pa-

ralytiques généraux au début, dont la maladie va suivre son cours habituel et fatal. Or, il faut connaître ces cas, et savoir en faire le pronostic, pour s'éviter l'accusation aussi inévitable que peu fondée d'avoir transformé par l'hydrothérapie un neurasthénique en dément paralytique !

La friction au drap mouillé excitante et tonique s'exécute de la manière suivante : un drap de grosse toile écrue est trempé dans de l'eau froide, puis fortement tordu. Le doucheur applique ce drap sur le corps du baigneur, en ayant soin de l'enrouler et de le serrer autour des extrémités inférieures. Avant l'application du drap, comme avant n'importe quelle opération hydrothérapique (douches, piscines, demi-bain, etc.), il ne faut pas oublier de mouiller la figure, la poitrine, la nuque, le dos, les aisselles du malade, de lui poser une compresse froide sur la tête ; et enfin chez les malades, qui se plaignent de céphalalgies et ont facilement le sang à la tête, de faire mettre pendant la douche les pieds dans l'eau chaude, et de finir l'opération par un jet brisé dirigé pendant quelques secondes et avec force sur les pieds. Toutes ces précautions sont nécessaires pour prévenir la possibilité d'une congestion interne, et surtout atténuer dans les limites du possible la première impression toujours désagréable que chacun ressent, quand il reçoit le premier jet d'eau froide.

Lorsque le patient est enveloppé dans le drap mouillé, le baigneur fait avec le plat de la main d'énergiques frictions sur tout le corps, jusqu'à ce qu'il ait communiqué une chaleur intense à la peau. Le drap est alors enlevé et, l'opération finie.

Cette application du drap mouillé est stimulante et révulsive, et par conséquent tonique et décongestive. Elle représente en petit les effets de la douche froide et de la douche écossaise. Le premier effet de l'application du drap est de produire une irritation énergique des nerfs terminaux de la peau. L'irritation de la peau est aussitôt transmise aux centres nerveux, et provoque un grand nombre d'actes réflexes. Ainsi, on observe d'abord un arrêt momentané de la respiration, suivi d'inspirations rapides et profondes. L'irritation transmise à la moelle allongée et au nerf vague a pour conséquence un ralentissement du pouls. Sur cent individus, Pleiniger aurait remarqué que la friction au drap mouillé (l'eau de 10° à 14° C.) abaissait pendant quelques minutes le pouls de vingt pulsations, pendant que les mouvements respiratoires augmentaient de cinq par minute. Lorsque la friction au drap mouillé produit l'effet qu'on cherche à obtenir, on remarque, comme du reste après chaque application froide suivie d'une bonne réaction, que la première contraction des vaisseaux cutanés est suivie d'une dilatation de ces mêmes vaisseaux.

La tension dans le système aortique s'abaisse. Pour remplir les vaisseaux périphériques dilatés, un volume de sang considérable est nécessaire ; le sang afflue alors à la peau, allégeant d'autant les organes internes. Nous avons assisté à quelques expériences du docteur Schüller, qui nous a démontré expérimentalement sur des lapins que, pendant la friction au drap mouillé, les vaisseaux de la pie-mère se contractaient tandis que le cerveau semblait s'affaisser. L'accélération de la circulation sanguine et lymphatique, l'hypérémie cutanée, tous ces effets, résultant de la première impression que l'eau froide produit sur la peau, sont renforcés et augmentés par la friction qui agit mécaniquement, et s'ajoute à l'action thermique de l'eau.

Les effets du drap mouillé sont donc, toute proportion gardée, identiques à ceux de la douche. Aussi le drap mouillé suffit-il déjà pour guérir des cas légers d'anémie, de lymphatisme, de chorée, de neurasthénie, ou pour préparer le malade à la cure hydrothérapique proprement dite. L'effet obtenu sera d'autant plus énergique que la température du corps sera plus élevée ; c'est pourquoi l'application du drap mouillé doit se faire autant que possible le matin au sortir du lit.

La friction au drap mouillé est, de toutes les opérations balnéaires, une des plus utiles, et seule elle a sauvé bien des nerveux, et bien des neurasthéniques.

Nous avons donné des soins à une dame, à laquelle nous n'avons appliqué pendant toute la durée du traitement, soit pendant cinq semaines, que le drap mouillé le matin. Cette simple opération a amené, dans ce laps de temps si court, une vraie transformation de la malade, neurasthénique sérieuse depuis plusieurs mois, et qui jusqu'alors, n'avait pu, disait-elle, supporter l'hydrothérapie, c'est-à-dire les douches. Car pour quantité de personnes, et même encore pour quelques médecins, *faire de l'hydrothérapie veut dire : prendre des douches.* Or, cette malade était prévenue non seulement contre la douche, en laquelle elle n'avait plus foi, mais encore contre le drap mouillé dont un confrère lui avait parlé en haussant les épaules: geste toujours facile à faire, mais qui ne prouve pas grand'chose. Ce médecin avait ajouté il est vrai que le drap mouillé ne pouvait que soustraire de la chaleur, et qu'il était bon pour les fiévreux, non pour les anémiques. L'assertion était avancée assez légèrement ; et ce n'est certes pas la conclusion qu'on est en droit de tirer des effets du drap mouillé quand on l'a employé méthodiquement, j'oserai dire scientifiquement. Si, en effet, on a soin de n'appliquer le drap mouillé que le matin au saut du lit, lorsque la chaleur du corps a été préalablement élevée, en couvrant le malade avec des couvertures et un édredon, l'on n'a certainement rien à redouter,

Dans ce cas, on peut faire abstraction de la soustraction momentanée de chaleur, amplement compensée qu'elle est par l'énergie d'une réaction immédiate ; la circulation cutanée est accélérée, la respiration plus profonde, l'action du cœur plus complète, et le malade éprouve une extrême sensation de bien-être, de chaleur agréable à la peau, et de tonicité générale. Pendant qu'il se repose au lit après l'opération, il est pris souvent d'un invincible besoin de sommeil, qui laisse après lui un sentiment de force et de détente dans les nerfs des plus réparateur.

En un mot l'application du drap mouillé tonifie, sans exiger du malade aucun effort, conséquemment sans produire aucune fatigue. Voilà pourquoi il est bon de commencer la cure hydrothérapique des neurasthéniques et des anémiques par la friction au drap mouillé, en suivant la méthode que nous venons d'indiquer ; car, suivant la manière dont il sera appliqué, le drap mouillé peut aussi bien manquer son but que réussir.

La question du drap mouillé nous engage à dire quelques mots du traitement hydrothérapique du *goître exophthalmique*, maladie autrefois rare, mais qui devient toujours plus fréquente, grâce au développement continu et progressif des affections nerveuses ; de même que toutes les névroses, elle relève aussi de l'hydrothérapie calmante et tonique. Ceci cependant est encore discuté : quelques méde-

cins s'élèvent absolument contre le traitement par l'eau froide, et veulent qu'on se serve de l'eau tempérée; d'autres autorisent l'emploi des douches, à condition qu'elles soient tièdes; un certain nombre ne permettent que les demi-bains refroidis, les affusions et les draps mouillés calmants; mais ils proscrivent rigoureusement toute douche; enfin quelques hydropathes plus courageux, et nous sommes du nombre, ne redoutent nullement la douche froide, pourvu qu'elle soit appliquée à propos, c'est-à-dire non seulement quand la nature de la maladie le permet, mais encore quand l'état actuel du malade le réclame. Il serait certainement intempestif et même dangereux de commencer par l'eau froide le traitement de la maladie de Basedow, et c'est ce qu'un médecin ne s'aviserait de faire dans aucun cas; mais si l'on suit les règles d'une hydrothérapie prudente et méthodique, et qu'on ait soin d'habituer peu à peu et graduellement le baigneur à l'eau fraîche, il n'y a aucune raison de craindre même l'eau froide quand le malade la supporte bien, et qu'elle paraît lui convenir.

Dans le traitement de la maladie de Graves, comme dans celui de toutes les névroses, il faut atteindre le but, sans le dépasser; et si l'on ne doit jamais débuter par des températures trop basses, il convient de terminer le traitement par l'eau froide, ce qui est presque toujours possible, et même néces-

saire, si l'on veut obtenir de l'hydrothérapie un résultat définitif. Cela est surtout vrai dans les névroses qui, comme la maladie de Graves, sont si intimément liées à l'anémie que bon nombre de médecins accordent à l'anémie le rôle étiologique principal du goître exophthalmique. Ce point de vue peut se soutenir en s'appuyant sur des faits. Toutefois nous pensons avec le Prof. Eulenburg, qu'il faut considérer la maladie de Basedow comme une affection névropathique constitutionnelle, comme une névrose ou névro-psychose, du genre de l'hystérie et de la neurasthénie, mais en renonçant à localiser le processus morbide. De là l'indication du traitement hydrothérapique antinerveux par l'eau tempérée, et tonique par la douche froide.

Voici la marche que nous suivons généralement, et dont nous nous sommes toujours bien trouvé dans le traitement du *goître exophthalmique :*

Nous commençons par préparer le malade à la médication hydrothérapique par l'application du drap mouillé calmant. Lorsque les malades sont habitués à ces préliminaires, nous prescrivons le matin une douche en pluie à 26°, 24° ou 22° C., et le soir une piscine tempérée. Nous abaissons chaque jour la température de la douche de 1° à 2° C., pour arriver insensiblement à l'eau froide, en conformant notre traitement à la susceptibilité du sujet. Nous finissons généralement la cure par les douches

froides; de cette façon, non seulement nous n'avons jamais observé aucun accident, mais nous avons réussi à guérir des cas de goître exophthalmique ancien, et qui paraissaient incurables.

La maladie durait, en effet, depuis des années, et n'avait obtenu qu'une amélioration passagère et un résultat insuffisant, de traitements prolongés par l'eau tempérée, pratiqués par quelques confrères en hydrothérapie.

Outre l'hydrothérapie calmante et tonique, nous avons généralement recours à l'électricité, en particulier à la galvanisation de la moelle cervicale et allongée, et à celle du nerf sympathique au cou, avec des courants très faibles et de courte durée. L'électrisation produit un effet remarquable sur les mouvements du cœur; et après l'emploi des courants continus, nous avons souvent constaté une diminution notable du nombre des pulsations. Chvostek, Eulenburg et d'autres ont aussi dans les mêmes cas constaté qu'après le traitement électrique le pouls tombait de 120 à 92, de 130 à 84, etc.; de plus on voyait se régler les mouvements fréquents et tumultueux du cœur, et la respiration devenait plus facile.

L'irritation produite sur les nerfs périphériques par l'eau froide est toujours suivie d'une réaction excitante, partant tonique, et convient à la chlorose, à l'anémie et aux personnes dont la nutrition se

fait mal, aux tempéraments lymphatiques dont la cellule paresseuse doit être excitée. Mais si, d'un côté, en employant l'eau d'une certaine manière, nous mettons en jeu l'action excito-motrice du système nerveux ; et si, par cela même, nous venons à exciter et à augmenter les échanges organiques, nous pouvons, en revanche, et à volonté, exercer sur ce même système nerveux une action calmante ou sédative. Disons tout d'abord que l'action sédative est celle qui s'obtient le plus difficilement, exige les soins les plus attentifs, de la patience et de la persévérance de la part du malade, de la sagacité et de l'expérience du côté du médecin.

Trousseau se trompait en regardant l'eau froide comme le médicament sédatif par excellence : une application froide de courte durée est excitante ; renouvelée fréquemment elle devient antiphlogistique ; prolongée elle deviendra sédative, ou plutôt produira une sorte d'engourdissement du système nerveux ; mais les applications froides prolongées sont grosses de dangers, et *l'hydrothérapie calmante* n'aurait jamais existé, si le médecin n'avait eu à sa disposition que l'emploi ininterrompu de l'eau froide. L'action excitante de la douche froide résulte de la température et de la pression de l'eau ; la percussion et le froid produisent, sur les nerfs sensibles de la peau, une irritation transmise aussitôt aux centres nerveux, qui, conduisent l'im-

pression, l'ordre (ici une *excitation*), *aux nerfs moteurs et trophiques*, dont les filets se distribuent à tous les organes et à tous les muscles de notre corps.

Le premier effet de l'irritation des nerfs périphériques est d'augmenter et de rendre plus parfait le mouvement d'assimilation et de désassimilation. Si la dépense est exagérée, la réparation est plus complète ; l'équilibre entre l'usure et l'apport se rétablit ; et c'est ainsi que nous guérissons les affections dont la cause première est un trouble de la nutrition (anémie, scrofule, lymphatisme, diabète, etc.). Pour obtenir ce but, l'impression du froid doit être courte, le choc de l'eau énergique.

Il est certes incontestable que l'on peut obtenir un effet sédatif de l'usage prolongé de l'eau très froide. L'irritation première passée sera suivie d'une dépression, d'une vraie sidération des centres nerveux, en vertu de cette loi de physiologie balnéaire que tout ce qui porte atteinte à la réaction entrave, gêne ou arrête même le mouvement réflexe centrifuge. Mais cette méthode de la sidération par l'emploi prolongé de l'eau froide est dangereuse, et peut être cause d'accidents. Exceptionnellement l'emploi du bain froid continu peut être bien supporté[1] ; mais il serait facile de citer des

[1] Voici à ce sujet une observation curieuse du Dr Pomme,

cas, où sans pousser l'audace aussi loin que Pomme, l'emploi exagéré de l'eau froide a eu des conséquences graves : la réaction étouffée, le sang refoulé vers l'intérieur, et n'ayant pas la force de lutter contre l'impression persistante du froid, ne peut affluer à la périphérie ; l'action réflexe est interrompue, ou arrêtée, et nous pouvons assister à tous les effets désastreux d'un arrêt prolongé de la circulation

médecin qui pratiquait en France, vers le milieu du dix-huitième siècle : « Etant à Lyon en 1763, dit-il, pour madame de Cligny, je fus prié de me rendre chez mademoiselle Roux, fille cadette d'un négociant de cette ville, chez laquelle je trouvai deux médecins assemblés (Pestalochy et Rame), et un chirurgien d'une réputation bien méritée (M. Pouteau) ; ces trois consultants étaient à délibérer sur l'opération de la néphrotomie, et mademoiselle Roux était le sujet sur lequel on allait opérer. Cette demoiselle, âgée de dix-huit ans, était hystérique, sans qu'aucun de ces trois messieurs s'en fût jamais douté. Parmi le nombre des symptômes de sa maladie, un seul les avait déconcertés ; c'était une douleur fixe et continuelle dans le rein droit, pour laquelle on employa d'abord plusieurs topiques adoucissants qui n'eurent aucun succès : on saigna ensuite et on resaigna jusqu'à ce que l'on eût amené les mouvements convulsifs ; la douleur se soutint néanmoins avec la même force ; on soupçonna pour lors un embarras dans le rein, et on se décida en faveur du vésicatoire ; le mal augmenta considérablement après cette application ; on en fit une seconde : celle-ci n'ayant rien opéré, on fit faire un seton sur l'endroit douloureux ; et dès ce moment la jeune fille fut livrée aux convulsions les plus terribles: on suspendit alors toute autre tentative chirurgicale, pour se livrer aux antispasmodiques ; la dose de ceux-ci ne fut

périphérique. Nous devons donc toujours commencer le traitement hydrothérapique sédatif et calmant avec d'infinies précautions; débuter par de l'eau dont la température ne s'écarte pas trop de celle du corps (de 34° à 28° C.), en évitant toute pression, tout choc; la douche doit être mise de côté, et c'est aux piscines tempérées, aux draps mouillés

pas ménagée, mais les convulsions redoublèrent, et le danger commençait à devenir très pressant. »

Pomme raconte alors les motifs qui déterminèrent les consultants à se prononcer pour l'opération de la néphrotomie. Dès qu'il connut les symptômes présentés par la malade et la cause qui les avait fait naître, il rejeta, de la manière la plus absolue, toute idée d'opération sanglante, et il déclara qu'il se chargeait de la guérison de cette longue maladie. Voici le traitement qu'il employa.

« Mademoiselle Roux fut plongée le même jour dans un bain froid, malgré les convulsions (nous étions au mois d'août); elle y fut attachée, l'eau du bain s'échauffa en peu de temps; il fallut la renouveler plusieurs fois dans l'espace de douze heures qu'elle resta dans sa baignoire, ce qui m'assura que la raréfaction dominait chez elle sur la tension de la fibre. Cette première épreuve ne fut pas sans succès; les douleurs diminuèrent et les convulsions cessèrent; on y revint le lendemain; l'eau du bain s'échauffa encore par la seule chaleur du corps; les douleurs furent moins vives que la veille, et la malade dormit; le troisième jour, même remède et même succès; au huitième, enfin, les douleurs disparurent entièrement, et la guérison fut assurée. La boisson fut abondante, les lavements d'eau froide ne furent pas épargnés, et au bout de trois semaines, mademoiselle Roux fut si radicalement guérie qu'elle fit avec moi le voyage de Lyon en Languedoc, où elle fut trouver sa famille. »

suivis d'affusions fraîches qu'on aura recours; aux applications, en un mot, dont l'effet calmant est manifeste et facile à obtenir.

Nous pouvons donc, par certains procédés de l'hydrothérapie, affaiblir ou augmenter le double mouvement nerveux qui va de la périphérie aux centres, et qui des centres nerveux domine les mouvements volontaires, et les phénomènes de la vie végétative.

La première impression, irritante ou calmante, a toujours son point de départ dans l'extrémité terminale ou périphérique des nerfs sensibles. La sédation serait la conséquence d'une dilatation, pour ainsi dire d'un épanouissement du bout périphérique nerveux, relâchement consécutif à une irritation première, mais fugitive. Le bain tempéré et prolongé, pendant plusieurs heures, place les nerfs dans un état de relâchement, et par cela même apaise l'irritabilité du nerf; la physiologie nous apprend que, si on soustrait de l'eau au corps, on excite le système nerveux, tandis que le contraire calme. Dans le bain prolongé, où il n'y a du reste aucune absorption d'eau possible, on admet que les nerfs périphériques *deviennent plus humides,* non parce que la peau a absorbé du liquide, mais parce que le bain empêche la perspiration ou l'exhalation insensible de la peau, et qu'il y a arrêt dans la production de la sueur. C'est de même qu'agit le maillot.

Pflüger a comparé l'excitation, qui du nerf va au muscle, à une avalanche; la première impression étant insensible, et le travail final énorme. Une excitation minime de la périphérie peut devenir avalanche dans sa course jusqu'au cerveau ; il en est de même des incitations qui ralentissent les mouvements moléculaires. C'est ainsi qu'on peut comprendre la diminution de la sensibilité cutanée, le sentiment de bien-être et de calme que produit le bain après une fatigue ou une excitation nerveuse, l'apaisement des affections convulsives, des crampes, etc., bref, l'effet sédatif des opérations calmantes de l'hydrothérapie (draps mouillés suivis d'affusions fraîches, piscines tempérées, demi-bains refroidis, et dans certains cas même la piscine froide).

On peut interpréter de deux manières les effets thermiques de l'eau sur le système nerveux :

1° *Par la théorie dite thermique.*

D'après cette théorie, le premier effet d'une application froide ou chaude est toujours excitant, mais en sens inverse; le contact de températures différentes produit sur le système nerveux un courant électrique qui se dirige du milieu le plus chaud vers le milieu le plus froid. Le contact de l'eau chaude avec la peau produit un courant nerveux ascendant, tandis que l'eau froide produit un courant descendant, renforçant ou affaiblissant l'état électro-tonique du nerf. C'est l'explication que l'on

peut donner de l'identité des phénomènes produits soit par l'hydrothérapie, soit par l'électricité.

2° *La théorie mécanique* explique les effets des différentes températures par le changement de volume des molécules, suivant que celles-ci reçoivent l'impression de la chaleur ou du froid. Enfin, s'il est exact, comme le prétend Fleischel, que le *cylindre-axe* est liquide dans le nerf vivant, il est certes logique de rapporter à une action mécanique les effets thermiques de l'eau sur la surface cutanée.

C'est ainsi qu'on peut comprendre comment les excitations thermiques périphériques sont transmises aux centres nerveux pour réagir de là, soit sur les nerfs moteurs, soit sur les vaso-moteurs, en augmentant ou en affaiblissant l'action de ces nerfs.

Nous ne pouvons admettre l'idée de Gigot-Suard, qui prétend que l'effet sédatif de l'hydrothérapie se produit lorsque les capillaires sanguins sont contractés, et que la circulation est ralentie. Le calme des nerfs dépendrait donc de l'abaissement de la température des parties qui sont en contact avec l'eau.

Cette théorie, admissible pour le bain froid prolongé, est en contradiction flagrante avec la physiologie des applications froides de courte durée suivies d'une *réaction,* c'est-à-dire d'une paralysie vaso-motrice avec hypérémie cutanée plus ou moins prononcée.

Du reste, quelle que soit la manière dont on explique les effets calmants ou excitants de l'hydrothérapie, ces effets ne peuvent être mis en doute : ils ont bien leur siège et leur point de départ dans la moelle, à laquelle la peau les communique par voie centripète.

En augmentant l'oxydation, et en accélérant la circulation, la friction au drap mouillé est incontestablement tonique; en favorisant, de même que la douche, les échanges organiques, elle active la nutrition et la dénutrition. La friction au drap mouillé sera donc très efficace dans toutes les affections qui résultent d'une oxydation insuffisante des matériaux organiques; elle combattra aussi avec succès les congestions et les stases des organes internes. On la recommandera dans les troubles de la circulation, dans les affections organiques du cœur ou des poumons, et enfin dans les dyspepsies et les catarrhes gastro-intestinaux.

Nous pouvons affirmer, en nous appuyant sur notre longue expérience, que la plupart des médicaments sont inutiles dans la neurasthénie, et que le malade se portera d'autant mieux qu'il en usera moins. Mais nous le répétons, nous ne sommes ni sceptique, ni exclusif à outrance; et nous reconnaissons que dans certains cas bien déterminés, le fer, les phosphates surtout, la strychnine, les bromures peuvent être fort utiles, et aider dans une large

mesure les cures d'hydrothérapie, de massage et d'électrothérapie.

Tout spécialiste, qui a la prétention de guérir la neurasthénie par une méthode ou un système particulier, ne prouve qu'une chose, c'est qu'il prend ses désirs pour la réalité, et qu'il ne se rend pas bien compte de l'extrême variété des manifestations de la neurasthénie, ni même de l'essence de cette maladie, qui, avant tout, d'ordre moral, est par cela même sujette aux symptômes les plus divers et les plus disparates, et réclame ainsi des traitements variés et appropriés à chaque cas particulier. Chacun sait en outre que si la neurasthénie spontanée guérit généralement vite quand elle est combattue dès le début, il n'en est plus de même de la neurasthénie héréditaire, psychique et chronique, qui résiste souvent à n'importe quelle action; ce qui d'ailleurs ne doit pas la faire regarder comme absolument et fatalement incurable. Mais alors la durée de la maladie sera toujours très longue, ce qui naturellement rend le pronostic relativement sérieux, ou tout au moins toujours circonspect.

Quant à la dyspepsie nerveuse et neurasthénique, elle est encore malheureusement trop souvent confondue avec le catarrhe de l'estomac, ou avec la dilatation; et cela au plus grand détriment du malade, auquel on recommande les cures d'eaux alcalines, positivement contraires à l'atonie

gastrique avec ou sans diminution de la sécrétion du suc gastrique. Nous avons publié en 1877 une brochure sur l'hydrothérapie ; et incidemment nous avons eu à parler du traitement de la neurasthénie par cette importante méthode thérapeutique.

Nous exposions aussi en 1891, dans un travail sur l'atonie de l'estomac, les résultats de notre expérience sur le traitement de l'épuisement nerveux et de l'atonie gastro-intestinale. Depuis lors nous avons eu à soigner encore un grand nombre de neurasthéniques ; et le résultat, ainsi que l'étude de nos observations, ont quelque peu changé nos idées d'autrefois concernant le traitement de ces affections, et plus particulièrement la méthode hydrothérapique qu'il convient d'appliquer aux différents états et aux diverses phases de la neurasthénie. C'est le fruit de cette expérience assez longue déjà, puisqu'elle embrasse une période de vingt années, que je voudrais exposer ici. Je crois pouvoir rendre ainsi quelques services, tant aux Confrères qui désirent pratiquer l'hydrothérapie, qu'aux nombreux malades qui viennent dans nos établissements, en leur épargnant des tâtonnements toujours regrettables. Or, ils les connaissent ou les connaîtront ces tâtonnements, les médecins qui débutent dans la pratique délicate de l'hydrothérapie et du traitement des affections nerveuses, et qui ont l'intention de diriger ou de créer

un de ces Etablissements d'hydrothérapie, dont le nombre augmente chaque année dans des proportions peut-être quelque peu exagérées.

Qu'il me soit permis à ce propos de réagir si possible, dans une certaine mesure tout au moins, contre l'idée de plus en plus répandue aujourd'hui d'assimiler l'Etablissement hydrothérapique à une sorte de *Maison de santé ouverte*, où l'on ne traite plus que des hystériques, des névrosés, ou des dégénérés, dont l'état n'exige pas un internement spécial absolu, mais qui doivent cependant être isolés sous une surveillance plus ou moins rigoureuse. Cette manière d'envisager l'Etablissement d'hydrothérapie n'est pas juste, et peut à la longue compromettre l'avenir de ces institutions.

Les maladies nerveuses sont certes du ressort de l'hydrothérapie, qui compte dans ce domaine ses plus beaux triomphes; mais nous demandons qu'on en écarte les maladies mentales, qui n'ont rien à faire dans nos établissements. Et du reste, en dehors des affections du système nerveux, combien de maladies ont à bénéficier de l'hydrothérapie! Toutes les maladies des voies digestives, qui relèvent de l'atonie de l'estomac et des intestins (et ce sont à peu près les trois quarts de toutes les affections gastro-intestinales); tous les états arthritiques qui se compliquent si souvent de neurasthénie; l'anémie; le lymphatisme; certaines formes de la tubercu-

lose; l'état de faiblesse générale que les maladies infectieuses laissent après elles; les affections musculaires; la névralgie sciatique, pour ne citer que les plus communes : toutes ces maladies sont heureusement modifiées par l'hydrothérapie, à condition qu'on ne comprendra pas dans l'hydrothérapie seulement la douche froide, mais aussi le maillot, les sudations, les douches chaudes, les bains chauds, les demi-bains, etc. — Quel traitement balnéaire peut être comparé à l'hydrothérapie comme tonique, stimulant, régulateur de la circulation, comme moyen d'endurcir la peau, d'activer et d'augmenter les échanges fonctionnels, et de rendre l'organisme plus résistant aux attaques du dehors ?

Tous les fatigués, les surmenés, les débiles, les enfants lymphatiques, à disposition scrofuleuse et à hérédité tuberculeuse ou syphilitique, trouveront dans l'hydrothérapie le remède fortifiant par excellence, et l'alliée la plus sûre dans la lutte de l'organisme contre la maladie.

Pour pratiquer avec succès l'hydrothérapie, il faut d'abord, ce qu'on feint d'ignorer dans certains milieux, avoir une connaissance aussi exacte que possible des effets physiologiques de l'eau; puis surtout, posséder l'expérience des effets thérapeutiques produits par les différents procédés hydrothérapiques, les résultats que donnent telle pression de la douche ou telle température de l'eau. Ce n'est qu'avec

ces connaissances préliminaires indispensables, que l'on saura indiquer sans hésitation le bain ou la douche qui convient à chaque malade et à chaque maladie, mieux encore à chaque phase ou période de la maladie. Outre cela, il faut une longue expérience des maladies nerveuses, de la manière de les traiter, non seulement physiquement, mais aussi et peut-être surtout moralement.

La guérison de l'hystérie et des formes psychiques de la neurasthénie est à peu près impossible, si le médecin ne sait pas s'imposer au malade, lui communiquer une confiance absolue dans le traitement qu'il lui fait suivre; s'il ne sait le suggestionner, en quelque sorte, en substituant sa volonté à la sienne. Ni les douches, ni l'électricité, ni le massage, ni l'isolement ne pourront réussir, si le médecin reste passif; s'il se contente de faire ses prescriptions, de donner ses conseils, en négligeant, ce qui est fort difficile et très fatigant, il est vrai, l'entraînement de l'esprit du malade; s'il ne sait remplacer, par l'énergie de sa volonté, par le jugement sain et l'idée juste, le jugement faux et le raisonnement déséquilibré du névropathe.

En rompant l'habitude morbide par une affirmation suggestive capable de faire disparaître l'obsession et les diverses manifestations qui en résultent, on finit par convaincre le malade qu'il ne souffre plus, et on substitue l'idée de la guérison à l'idée de

la maladie, et la guérison a lieu. C'est grâce au même mécanisme psycho-thérapique, grâce à la même suggestion, que des personnes atteintes d'affections organiques prétendent avoir été améliorées par les pilules Mattei, la tisane des Shakkers, etc.

On peut dire que d'une manière générale le malade neurasthénique ou nerveux *qui veut guérir,* ou plutôt dont la volonté de guérir est suffisante, guérira, s'il a une confiance entière dans le médecin et dans le traitement qui lui est imposé.

Quelques peuples sauvages n'ignorent pas la puissance de la suggestion; M. L. de Saussure nous apprend par exemple que les Guaranis, indigènes du Haut-Uruguay, quoique connaissant bien la vertu des plantes médicinales, *ont plus de confiance dans la médecine parlée, qui opère des guérisons miraculeuses.*

C'est ainsi seulement qu'on arrivera, non sans peine du reste, à ramener à un état normal, dans les limites possibles, les nerfs momentanément fatigués ou agités du malade. En réveillant son énergie morale, on chassera l'hypocondrie et ses tristes pensées; on dissipera les folles idées qui résultent de la dépression ou de l'excitation psychique. Mais, pour obtenir ce résultat, il faut que le médecin soit doué lui-même d'une grande énergie, d'un sang-froid imperturbable et d'une volonté tenace et persévérante; il faut avant tout qu'il ne soit troublé dans son œuvre que par un minimum

d'ennuis ou de préoccupations étrangères à son art ; il faut enfin qu'il ait le calme et la tranquillité de l'âme, pour entreprendre avec quelque chance de succès la tâche, déjà suffisamment difficile sans cela, de relever l'état physique et moral des gens nerveux et neurasthéniques. Cela est si vrai, que nous avons remarqué bien des fois que nous n'avions pas la même influence sur nos malades, suivant que nous étions bien ou mal disposé nous-même, moralement ou physiquement; si nous étions épuisé par un travail excessif; ou si notre volonté faiblissait sous l'influence de préoccupations, ou de toute autre cause morale dépressive.

Le médecin ne devrait jamais avoir l'esprit absorbé par aucun souci, par aucun ennui; ce qui évidemment est impossible à réaliser entièrement, quoique cela soit de la plus haute importance. Il doit être, outre cela, optimiste, et montrer qu'il croit en lui, et qu'il a confiance en son traitement ; d'autant plus que cette confiance est permise, et l'optimisme justifié par les guérisons obtenues dans les Etablissements d'Hydrothérapie. Du reste, au point de vue nerveux, rien n'est impossible ; et chaque jour nous pouvons constater des guérisons si extraordinaires qu'elles paraissent miraculeuses aux personnes dont la foi n'est pas tempérée par le savoir et la raison. Et cette suggestion, à l'état de veille, est sous tous les rapports bien préférable à

l'hypnotisme, qu'il est bon de n'employer qu'avec la plus extrême prudence, et dont, au surplus, nous n'avons jamais vu de résultats bien appréciables, ni surtout durables.

Le médecin pessimiste, ou celui dont la pensée s'assombrit facilement, n'est pas fait pour les névropathes. Toutefois, il faut éviter l'excès contraire, et ne pas croire que le rire et les plaisanteries représentent à eux seuls le traitement des affections nerveuses. Au surplus, l'homme badin, folâtre, celui qui se complaît dans les plaisirs, ne peut avoir le tempérament qui convient à un médecin sérieux, et qui voit dans la pratique de son art une sorte de sacerdoce.

Le « castigat ridendo *humores* » est la boutade spirituelle d'un lettré, mais ne peut être la pensée d'un vrai praticien.

Le médecin sombre entretient la dépression du malade; le jovial outré le trouble, et perd vite sa confiance. Car le malade pense alors, ou que le médecin ne le prend pas au sérieux, ou qu'il ne comprend pas sa maladie, idées qu'il faut éloigner à tout prix de l'esprit inquiet et soupçonneux du neurasthénique. A ce point de vue, il n'est certes pas sans utilité pour le médecin d'avoir essuyé lui aussi quelques légères atteintes de neurasthénie. Il se rend mieux compte ainsi des plaintes des malades; il compatit plus volontiers à leurs souffrances, et est mieux qualifié pour les exhorter et les récon-

forter moralement. Le malade sent vite s'il a affaire à un homme sérieux et humain, qui croit à ses maux, et qui en a pitié; il lui en sera certainement d'autant plus reconnaissant, qu'il aura été plus méconnu et moins entouré. Un optimisme de bon aloi, sûr de lui, toujours le même, sans exagération, et qui impose par une parole tranquille et ferme, portant juste et à propos, relève bien vite le moral du malade, lui donne un espoir nouveau, sait lui faire envisager son avenir et sa maladie sous des couleurs moins sombres. Voilà les qualités indispensables au médecin qui veut traiter avec quelque chance de succès les maladies nerveuses, et neurasthéniques.

De toutes les maladies de l'estomac, **la dyspepsie nerveuse et neurasthénique** est certainement de beaucoup la plus fréquente, et l'on peut affirmer, sans exagération, que les deux tiers des dyspeptiques sont des nerveux ou des neurasthéniques. On confond généralement, mais à tort selon nous, la dyspepsie nerveuse et la dyspepsie neurasthénique. Il importe pourtant d'établir une distinction entre ces deux syndrômes si semblables sous certains côtés, et d'autres fois si complètement différents, qu'ils commandent une thérapeutique diamétralement opposée; comme par exemple dans l'atonie avec diminution ou suppression du suc gastrique, et dans la névrose hyperchlorhydrique. Au surplus, cela se comprend : la dyspepsie nerveuse est caractérisée

par des troubles fonctionnels simples des nerfs de l'estomac, troubles purement nerveux, dynamiques, sans participation de l'élément musculaire; c'est la dyspepsie ou névrose vago-sympathique. Dans la dyspepsie atonique, ou neurasthénique, c'est le muscle qui, distendu, fatigué, est entravé et gêné dans son action; la dyspepsie nervo-motrice est due dans ce cas à l'insuffisance motrice des muscles de l'estomac ou des intestins; elle est purement mécanique, musculaire dans ses manifestations, quoique nerveuse d'origine. L'épuisement nerveux, neurasthénique en est la cause première; l'atonie musculaire, parfois la dilatation et l'entéroptose en sont l'effet final.

Dans son ouvrage sur *la fatigue intellectuelle et physique,* le prof. Mosso écrit : « La force nerveuse est unique dans ces spécialisations diverses, de telle sorte que le fonctionnement exagéré de l'organe retentit sur celui de tous les autres. La consommation de la force est un fait général, et les provisions d'énergie de notre corps peuvent se dissiper par l'activité exagérée d'une seule partie de celui-ci. Des expériences que j'ai faites sur la fatigue, il résulte qu'il n'en existe qu'une seule espèce: *la fatigue nerveuse.* C'est du moins là le phénomène prépondérant, et la fatigue des muscles n'est au fond qu'un phénomène d'épuisement nerveux. La complication des phénomènes réside surtout en ce que ceux-ci sont sentis différemment par les divers individus. »

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE LA DYSPEPSIE NERVEUSE ET NEURASTHÉNIQUE

L'atonie de l'estomac et des intestins est l'expression neurasthénique de ces organes; c'est une parésie gastro-intestinale, semblable à la *fatigue* et à la faiblesse des extrémités qu'on remarque si souvent chez les neurasthéniques[1]; mais l'atonie gastro-intes-

[1] L'*Amyosthénie*, la faiblesse musculaire, par troubles nerveux fonctionnels est fréquente dans la neurasthénie; mais sa cause ou son début est toujours psychique. Tous les symptômes subjectifs que présentent ces malades ont une origine morale, et sont les conséquences des idées ou obsessions hypocondriaques. Les malades qui redoutent une affection de la moelle se plaindront bientôt de rachialgie, de faiblesse dans les jambes, etc. Toutefois, la phosphaturie si fréquente chez les neurasthéniques est bien la preuve que la neurasthénie peut troubler directement la nutrition, et même profondément, jusqu'à la glycosurie; ainsi que nous avons pu le constater chez des neurasthéniques, des neurasthéniques à hérédité arthritique il est vrai. Au surplus, Strauss dans des recherches sur la glycosurie alimentaire, a prouvé la fréquence de la glycosurie dans les névropathies (névrose traumatique, maladie de Basedow, alcoolisme chronique, etc.).

tinale est certainement la plus fréquente de toutes les manifestations de la neurasthénie. Aussi, est-ce une erreur, dont les conséquences peuvent être fâcheuses, que de séparer l'atonie gastrique de la neurasthénie; ou de la considérer non comme un effet, mais comme une cause de la neurasthénie, comme l'affection primordiale qui provoque la neurasthénie, par voie d'auto-intoxication, par l'absorption des toxines auxquelles les fermentations gastro-intestinales donnent naissance. Cette manière d'envisager la question de la neurasthénie gastro-intestinale ne nous paraît pas d'accord avec l'observation clinique[1]. Encore serait-il plus logique de dire que si la neurasthénie se greffe sur l'atonie de l'estomac, c'est par suite d'une assimilation gênée, et consécutivement d'une nutrition insuffisante, d'une digestion en défaut, amenant finalement l'asthénie générale[2].

En réalité, ce phénomène est plutôt rare; et nous voyons bien souvent les gros mangeurs dont l'estomac est surmené, et qui sont affectés d'atonie gastrique, ne jamais souffrir de neurasthénie vraie; tandis que le neurasthénique gastrique nous indi-

[1] Nous avons été très heureux de voir le professeur Debove défendre la même opinion, en soutenant que les accidents nerveux des gastro-entéropathes ne sont pas liés aux troubles digestifs, mais à un état névropathique général. (Séance de l'Académie de médecine du 22 septembre 1896.)

[2] Voir prof. Bouchard : *Maladies de la nutrition.*

quera toujours une hérédité nerveuse ou arthritique, et se plaindra de ressentir depuis plus ou moins longtemps des malaises généraux peu graves, il est vrai, et qui n'ont qu'incidemment attiré son attention, mais dont le caractère neurasthénique est évident, et qui peu à peu atteindront leur maximum d'intensité sur le point faible du malade, sur les organes digestifs.

C'est alors que celui-ci se décide à prendre les conseils du médecin ; mais il ne parlera que de sa dyspepsie, de la lenteur de la digestion, de la pesanteur qu'il ressent après les repas, etc., tandis qu'il laissera dans l'ombre les symptômes généraux, comme les vertiges, la fatigue générale, la diminution de la capacité de travail, etc., etc. Avec la dyspepsie, la neurasthénie s'aggrave ; les symptômes généraux s'accentuent ; et en réalité, la marche apparente de la maladie tendrait à faire croire que le point de départ est à l'estomac, quand en fait, il est dans le système nerveux. C'est par la même illusion qu'on a regardé la spermatorrhée, la phosphaturie comme des causes de neurasthénie, quand ces affections ne sont, dans l'immense majorité des cas, qu'une conséquence ou qu'un symptôme de l'épuisement nerveux général, ce que prouve par exemple l'inutilité de la plupart des traitements locaux contre l'impuissance et la spermatorrhée.

Ces états morbides sont toujours dus à une dépres-

sion plus ou moins grave du système nerveux, et sont généralement l'indice d'une dégénérescence, dont il ne sera pas difficile de découvrir d'autres stigmates.

Sous le point de vue thérapeutique, il est fort important de se faire une idée juste des causes premières de l'atonie de l'estomac; car ici, c'est la pathogénie qui impose le traitement. Si l'on envisage la neurasthénie comme une conséquence de l'intoxication gastro-intestinale, on employera naturellement comme principal agent thérapeutique les désinfectants de l'estomac et des intestins; ce qui n'empêchera pas la neurasthénie de poursuivre sa marche progressive, malgré tous les antiseptiques possibles.

Nous n'avons jamais vu un seul des nombreux médicaments de l'antisepsie intestinale agir de quelque manière que ce fut sur la neurasthénie ; et dans tous les cas, nous n'avons jamais pu constater de leur fait une amélioration quelconque de l'état général, pas même dans les cas où il était possible d'admettre une complication catarrhale de l'intestin avec production exagérée de gaz.

Comment s'étonner de ce résultat? Les antiseptiques jouent à l'égard de l'intestin le même rôle que les désinfectants, dont on inondait autrefois les fosses d'aisances, lors des épidémies de typhus ou de choléra, et qui en somme n'avaient aucune valeur, et

ne faisaient le plus souvent que remplacer une odeur par une autre. Le salol, le benzonaphtol, etc., donnent aux malades une satisfaction très légitime assurément, celle de pouvoir constater une certaine désinfection des gaz de fermentation ; ce qui suffira du reste à maintenir ces médicaments dans un rang fort respectable en thérapeutique. C'est de la médecine esthétique ; mais elle est purement symptomatique, et dans l'espèce insuffisante ; car il faut ici avant tout s'attaquer à la cause première de la maladie, d'où dépendent l'atonie et les fermentations.

Dans les affections de l'estomac, les antiseptiques ont encore moins de valeur ; seul l'acide chlorhydrique, l'antiferment physiologique, peut être prescrit avec avantage ; et tout particulièrement dans les cas de catarrhe de l'estomac, où il rend de très grands services. Mais c'est surtout dans la dilatation de l'estomac que l'antisepsie de ce viscère est impérieusement indiquée ; et alors, c'est au lavage qu'il faut avoir recours ; car, c'est le vrai, pour ne pas dire le seul, antiseptique vraiment utile, et sur lequel on puisse compter.

L'extrême fréquence des cas de dyspepsie nerveuse et neurasthénique n'empêche pas, tant s'en faut, de nombreuses confusions entre l'atonie et la gastrite ; et les neurasthéniques, soi-disant atteints de catarrhe gastrique et traités comme tels, sont encore beaucoup trop nombreux. Le diagnostic de catarrhe

est généralement tiré du fait que le malade présente une langue chargée; or, cet état de la langue est autant, sinon davantage, un symptôme de dyspepsie nerveuse ou neurasthénique; mais la *langue chargée* a jusqu'ici inspiré l'idée de catarrhe, et en conséquence, la cure à Vichy, à Carlsbad, à Kissingen ou à Vals. Et pourtant, l'expérience nous montre que ces eaux, comme toutes les eaux minérales du reste, sont mal digérées par la grande majorité des neurasthéniques; de même que tous les liquides, elles entravent les mouvements péristaltiques, et poussent à la dilatation.

C'est pour la même raison que les atoniques gastriques supportent mal les cures de lait, si banalement ordonnées, et qui leur font certainement plus de mal que de bien; tandis qu'ils digèrent très bien le lait, si on le leur sert en bouillie épaisse par exemple, avec du riz ou du tapioca. C'est donc bien comme liquide que le lait est de lourde digestion; et cela est si vrai que la simple prescription d'un léger régime, et la recommandation de ne prendre aucun liquide au repas, suffit au début à faire disparaître aussitôt tous les symptômes de l'atonie simple. Nous avons toujours vu la neurasthénie gastrique aggravée par les cures d'eaux minérales, sauf dans quelques cas rares de gastrite concomitante. Cette complication de la parésie nervo-motrice est évidemment toujours possible.

Les symptômes de l'atonie simple et de l'atonie neurasthénique sont à peu près les mêmes; avec cette différence toutefois que, dans l'atonie neurasthénique, on découvre vite, si on veut bien les chercher, la plupart des stigmates généraux de la neurasthénie ; car ils ne font que très rarement défaut. Mais on ne doit pas oublier que les phtisiques, les albuminuriques, les cardiaques ne se plaignent souvent, au début de leur maladie, que d'une fatigue générale et de troubles dyspeptiques qui sont causés par l'atonie gastrique. Aussi doit-on toujours, en présence d'un neurasthénique gastrique, penser à la possibilité d'une affection plus grave, masquée momentanément par les symptômes prédominants de la dyspepsie gastrique ou gastro-intestinale.

L'atonie de l'estomac est caractérisée par des troubles de la motilité, conséquence d'une distension, d'une parésie musculaire, accompagnée ou compliquée généralement de désordres de la sécrétion, plus particulièrement d'une diminution de la sécrétion de l'acide chlorhydrique; d'autres fois, mais fort rarement, l'atonie s'accompagne d'hyperchlorhydrie, signe à peu près certain que l'atonie s'est greffée d'une névrose de l'estomac.

L'atonie se rencontre: chez les buveurs; les gros mangeurs; ou chez les personnes qui, sans manger beaucoup, mangent trop vite, et ne mâchent pas

assez; chez tous ceux dont l'estomac est habituellement surchargé. Il se produit alors des fermentations organiques qui sont des causes de catarrhe; aussi l'atonie des gloutons est-elle bientôt accompagnée ou suivie du catarrhe de l'estomac, de l'hypersécrétion muqueuse; et le catarrhe finit par être le phénomène le plus saillant de la maladie; ce qui n'est jamais le cas dans l'atonie par neurasthénie, où les malades mangent généralement peu et lentement.

Si chez les neurasthéniques, où elle constitue un symptôme si fréquent, la dyspepsie est presque toujours caractérisée par des phénomèmes d'atonie gastro-intestinale, l'atonie de l'estomac n'a pas en revanche une origine fatalement neurasthénique. Bon nombre de malades en effet présentent tous les signes de l'atonie, sans présenter les symptômes classiques de la neurasthénie (pression à la tête, difficulté de travail, rachialgie, fatigue générale, sentiment de lassitude le matin au réveil, dépression morale, plaque sacrée, etc., etc.). Ce sont des personnes à tempérament faible ou nerveux, dont l'estomac est de par sa nature le « lieu de moindre résistance, » des surmenés de tous genres, sans tare nerveuse obligée, ou fortement accusée; chez eux, l'atonie est la conséquence d'excès de travail ou de veilles, d'ennuis, de préoccupations. Elle est due comme la neurasthénie aux émotions morales, aux

soucis prolongés, à la vie sédentaire ou mondaine, et au surmenage. Généralement, toutefois, ces malades sont des nerveux héréditaires, des anémiques, dans tous les cas, des prédisposés.

Cependant la neurasthénie, elle aussi, peut être causée uniquement par des travaux intellectuels exagérés; des chagrins; des soucis d'affaires; par toutes les fatigues multiples qui sont l'apanage de la lutte pour la vie; enfin, par des excès de tous genres; et cela, sans que l'hérédité paraisse jouer dans le développement de la maladie un rôle prédominant.

C'est que la représentation mentale obsédante entretient, multiplie et exagère le mal ; l'idée fixe se crée peu à peu, et l'obsession, l'habitude psychique morbide peut aboutir alors à la neurasthénie, à l'hypochondrie, à la mélancolie, parfois même à la *paranoia* confirmée. Toutefois, dans ces cas, on finit presque toujours par découvrir, dans les ascendants, des arthritiques, des impressionnables, des déséquilibrés, des diabétiques ou des rhumatisants, des nerveux et des sensitifs, des *diathésiques* en un mot.

L'atonie neurasthénique est probablement due à une excitation première des nerfs de l'estomac et des intestins, ou d'emblée à un état de dépression produisant à la longue la parésie nervo-musculaire. On a toutes raisons d'admettre que les nerfs sont primitivement malades, et que l'état de l'estomac

n'est que secondaire; l'atonie est dès lors un symptôme de l'épuisement nerveux, avec réaction anormale des nerfs qui président à la digestion (réaction parfois en plus, le plus souvent en moins); et le résultat des actions réflexes dans le domaine des nerfs vague et sympathique. Aussi, voit-on la dyspepsie neurasthénique attaquer le canal gastro-intestinal dans toute son étendue, ou se limiter à l'intestin, tandis que l'estomac fonctionne normalement, et vice-versa.

Dans le cas de névrose intestinale, les selles sont irrégulières, fréquentes, accompagnées de coliques, de ténesme, de mucosités. Nous avons donné des soins à une malade qui présentait des troubles nerveux si intenses, qu'on les avait cru causés par une entérite avec ulcération de l'intestin. Des cures nombreuses, thermales et autres, des lavages de l'intestin au tanin, à l'acide borique, puis avec une solution de nitrate d'argent, n'avaient pu améliorer la situation qui menaçait de devenir grave. La malade était tombée dans un état de faiblesse telle, qu'à première vue on était en droit de soupçonner l'existence d'un cancer; l'appétit faisait défaut, la maigreur était extrême, ainsi que la dépression morale. Cet état, très alarmant en apparence, finit par céder à l'isolement absolu, associé à la cure hydrothérapique.

Dans la névrose de l'intestin, le malade est pris

avant la garde robe, d'une sensation indéfinissable de malaise général et d'énervement, avec coliques plus ou moins vives ; après la selle, il perd comme par enchantement l'état d'abattement moral, d'inquiétude et de crainte qui l'accablait. Ce phénomène caractérise essentiellement la diarrhée nerveuse, et le « rectum nerveux [1]. »

Si cette dyspepsie intestinale s'accompagne de symptômes nerveux de l'estomac et du cœur, elle mérite bien le nom de *névrose vago-sympathique*. Ces phénomènes s'aggravent ou s'atténuent suivant l'état moral du malade, selon que les préoccupations et les contrariétés, ou au contraire la quiétude d'esprit et la bonne humeur, dominent en lui.

Dans l'atonie simple, sans névrose, la constipation constitue à elle seule presque toute la maladie.

L'augmentation du mucus dans les selles caractérise l'affection connue sous les noms de : **colite muqueuse** (colica mucosa), **Entérite membraneuse**, *ou*

[1] Le diagnostic entre la névrose de l'intestin et le tænia est parfois malaisé ; et il n'est pas très rare de voir des malades qui ont été traités plus ou moins longtemps pour une dyspepsie nerveuse occasionnée en réalité par la présence d'un tænia. Aussi, faut-il toujours penser au tænia, et à la possibilité de son existence, quand on a affaire à une névrose gastro-intestinale. L'on évitera ainsi de commettre une faute très préjudiciable à sa réputation, le public ayant vite fait d'accuser le médecin de s'être trompé et même grossièrement, ce qui du reste est excusable dans ce cas, toutes les apparences étant en réalité contre lui.

pseudo-membraneuse, diarrhoea-tubularis ou **névrose de l'intestin.** On en distingue deux groupes :

a) *Névrose simple sans inflammation de l'intestin, (colica mucosa)* et

b) *L'entérite membraneuse,* plus rare, caractérisée par une entérite aiguë avec forte sécrétion muqueuse.

La **colite muqueuse** est une névrose de la sécrétion et de la sensibilité; la **membraneuse** est une névrose de la sécrétion seulement.

La colite muqueuse se remarque dans la proportion de 90 % chez les femmes nerveuses; elle est caractérisée par une constipation plus ou moins intense, avec crises de coliques très vives, et expulsion de masses muqueuses organisées, et qui prennent les formes les plus diverses.

Dans ces deux affections, les déjections ont une forme particulière; ce sont des membranes comme des rubans ou des tubes, divisées en branches d'arbre, et ressemblant aux membranes du croup; parfois les membranes sont très grosses, et atteignent une longueur telle qu'elles sont souvent prises pour des tænias. Ce sont les « *peaux nerveuses* » des hystériques et des neurasthéniques.

Elles sont prises aussi parfois pour des lambeaux de la muqueuse intestinale, et ont été longtemps regardées comme un symptôme d'ulcération de l'intestin. Mais elles ne proviennent ni d'un état catarrhal, ni d'ulcérations, et elles ne sont absolument

que le résultat des troubles nerveux de la sécrétion; ce que prouve du reste l'absence d'épithéliums et de leucocytes, qui ne manquent dans aucune affection organique de l'intestin.

C'est la mucine qui constitue le fond de ces membranes, parfois associée avec de la fibrine, mais toujours en petite quantité ; aussi le nom d'entérite fibrineuse qu'on a donné à cet état morbide, n'est-il pas juste. Au microscope, on y découvre une substance amorphe, vitrée, avec une grande quantité de bactéries, de cristaux de cholestéarine, et de phosphates ammoniaco-magnésiens.

Les symptômes de la colite muqueuse se montrent généralement après une constipation plus ou moins opiniâtre, et débutent par une crise de coliques dans la région de l'estomac, ou du colon descendant. Les coliques n'intéressent pas toute l'étendue du ventre; elles restent généralement localisées, et s'accompagnent souvent de sensations douloureuses dans la vessie et les organes génitaux. La colite pseudo-membraneuse peut ne se manifester que par une douleur sourde, persistante, presque continue, s'exaspérant quelques heures après les repas, impressionnant très vivement les malades, et influençant outre mesure leur moral. La douleur est localisée généralement dans l'hypocondre gauche ; son siège correspond assez bien à l'endroit où commence le colon descendant; elle peut s'étendre jus-

que dans la fosse iliaque ; et les malades accusent alors une douleur dans le bas ventre à gauche, douleur que l'on attribue d'autant plus volontiers à l'ovaire que la malade est plus nerveuse.

On parle alors d'ovarie, d'ovarite avec irradiations douloureuses dans le ventre, et le long du sciatique. De telles malades sont souvent traitées pour des affections de l'utérus ou de ses annexes, pendant qu'elles ne souffrent en réalité que d'une névrose de l'intestin.

En voici un exemple.

Madame X : 32 ans, a été surmenée en soignant pendant quatre années son mari atteint d'albuminurie. Elle n'a jamais été enceinte. On constate un certain degré d'anémie, sans toutefois que la malade se plaigne de faiblesse ; elle nie de plus toute hérédité nerveuse. (?) Elle éprouve depuis quatre ans des douleurs au flanc gauche, et le long de l'hypocondre gauche, à l'endroit à peu près où le colon atteint l'extrémité inférieure de la rate ; les douleurs deviennent plus vives au moment des époques, et augmentent aussi quelques heures après les repas ; le matin à jeun elles ont disparu, ou sont très faibles. Ne laissant que peu de répit à la malade, elles ont produit un grand affaissement de l'état général, et surtout une grande dépression morale ; la malade est persuadée qu'elle a un ulcère ou un cancer de l'intestin, et broie du noir en ruminant ces idées sombres ; aussi, n'est-elle pas éloignée de l'obsession

et de l'idée fixe, et nous avons actuellement, pour le moins autant à tenir compte de l'état psychique de la malade, que de son état intestinal.

Le fait de l'exaspération de la douleur pendant les règles, et son irradiation du côté des ovaires, fit tout d'abord penser à un état ovarique ou utérin. On pratiqua la dilatation du col par le massage ; puis on conseilla une cure d'eaux-mères, qui fut sans résultat, exaspérant plutôt l'état nerveux. L'été dernier, un gynécologue s'efforça de redresser l'utérus, alors en anteflexion, en laissant à demeure pendant trois semaines une tige en verre; puis la malade fut électrisée pour une ovarite gauche ; on parla enfin de l'amputation du col, à laquelle la malade allait se soumettre, quand elle eut l'idée de consulter auparavant le professeur Spillmann qui, après l'avoir examinée avec le Docteur Michaux, chirurgien des hôpitaux de Paris, nous l'adressa avec le diagnostic anteflexion de l'utérus, rien aux annexes, troubles dyspeptiques avec colite pseudo-membraneuse, et enfin, état névropathique ou neurasthénique très marqué, avec insomnie, etc.

Etat actuel. La malade se plaint avant tout de sa douleur, et n'accuse que des troubles dyspeptiques insignifiants; ce n'est que par une interrogation persistante que l'on parvient à savoir que la malade rend des « peaux, » et que ses selles sont fréquem-

ment mélangées de membranes plus ou moins longues, et de mucosités sur lesquelles l'attention de la malade, contrairement à ce qui se passe généralement dans ces cas, n'avait pas été plus particulièrement éveillée, frappée et obsédée qu'elle était par sa douleur. Elle présente en outre un certain nombre de stigmates nerveux, et en particulier une « crainte exagérée des chats. »

Comme hydrothérapie, nous ne pouvions recommander la douche froide, trop excitante pour l'état nerveux de la malade; et dont la « réaction » aurait été certainement insuffisante chez une personne aussi anémiée. Nous aurions constaté avec la douche le même résultat que la malade avait obtenu des eaux-mères. Les douches chaudes, ou alternativement chaudes et froides, peuvent être employées avec utilité et avantage dans des cas semblables : elles ont une action révulsive et tonique; *mais rien ne vaut dans la névrose de l'intestin le traitement hydrothérapique par le drap mouillé, et le maillot ou les demi-bains.*

Nous commençâmes le traitement par la friction au drap mouillé, faite le matin au sortir du lit. Cette opération eût un effet excellent sur l'état général de la malade, qui ressentait après chaque application du drap mouillé une grande sensation de calme et de bien-être. Nous prescrivîmes le soir le demi-bain refroidi de 32° à 28° et 26° C., suivi de deux affusions

à 24° et 22° C. Deux fois par semaine, le demi-bain était remplacé par un bain alcalin à 34° C., suivi d'affusions tempérées à 30° et 28° C.

L'effet de ces opérations balnéaires, combinées bien entendu avec un régime approprié, et avec l'entraînement moral, fut fort satisfaisant. Il aurait certainement amené une guérison complète, si la malade avait eu une volonté plus ferme, et avait pu déployer l'énergie et l'esprit de suite qu'exige toujours un traitement semblable.

Les malades atteints de colite muqueuse sont sans appétit, maigrissent et souffrent d'une dépression morale extrême. Après l'expulsion des paquets muqueux, ils éprouvent un grand besoin de repos, sont fatigués, comme brisés. La période d'accalmie dure plus ou moins longtemps; puis les mêmes symptômes se renouvellent avec les mêmes troubles généraux de la neurasthénie.

Pendant la crise, on se gardera d'employer les purgatifs, comme on le fait si souvent; mais on aura recours à l'opium et au chanvre Indien; on prescrira des clystères d'huile, d'après la méthode que nous indiquerons plus loin. On ordonnera un régime léger et régulier.

La crise passée, on insistera sur l'importance de la régularité des selles, qu'on s'efforcera d'obtenir non par des laxatifs, mais par les préceptes diététiques: les douches, les bains de siège tièdes et frais, les

lavements et un régime approprié (légumes verts, fruits cuits, pain de Graham, pruneaux le matin à jeun, etc. Nous recommandons aussi, non sans succès, l'ingestion d'une orange amère, ou d'un verre d'eau froide le matin à jeun, ce qui suffit parfois pour supprimer une constipation jusqu'alors très opiniâtre ; le malade fera aussi matin et soir une promenade d'au moins une heure). La nature nerveuse de l'entérite pseudo-membraneuse fait que la constipation tient bien plus souvent du spasme que de l'atonie musculaire; c'est pourquoi les agents sédatifs, comme la belladone, les bromures, l'hydrothérapie tiède, (demi-bains), rétablissent-ils parfois bien mieux l'équilibre dans les mouvements péristaltiques, que les traitements excitants, comme les douches froides, le massage, et les purgatifs, qui augmentent au contraire le spasme, et conséquemment la constipation.

La coagulation du mucus, qui caractérise l'entérite nerveuse, est vraisemblablement due au défaut de proportions entre l'acidité du contenu intestinal et l'alcalinité de la sécrétion de l'intestin, l'un étant en excès, l'autre en diminution.

Le pronostic n'est pas toujours favorable; néanmoins, nous avons vu bon nombre de malades guéris, ou tout au moins très soulagés, par un traitement spécial approprié, combiné avec une hygiène sévère; aussi sommes-nous loin du pessimisme de

certains médecins qui prétendent que ces cas sont rebelles à tous les traitements.

Quand on a pu éliminer de son diagnostic la colite muqueuse et nerveuse, la présence de mucus dans les selles annonce toujours un état catarrhal de l'intestin. On distingue les selles muqueuses suivantes :

a) Selles muqueuses pures, sans mélange de matières fécales, et accompagnées de ténesme, annonçant toujours une inflammation du rectum ou de la partie inférieure du colon descendant.

b) Dans le catarrhe du rectum, ou de la portion inférieure du colon descendant, les matières fécales sont dures, et recouvertes d'une couche plus ou moins épaisse de mucosités, d'aspect trouble et vitreux, comme des « glaires, » mais toujours grises ou blanches.

c) Dans le catarrhe du colon ascendant, du cœcum et de l'intestin grêle, le mucus est intimement lié aux matières et fait corps avec elles.

On voit alors des mucosités flotter dans une masse plus ou moins liquide; et, si le mucus est en grande quantité, les matières prennent une consistance de gelée; ou bien encore, les matières sont à moitié liquides et contiennent des mucosités. En ce cas, il est permis d'admettre une inflammation dans toute la longueur du canal.

On trouve parfois dans les fèces des matières qui ont l'aspect du frai de grenouille, ou qui ressem-

blent à du sagou cuit. On les prenait autrefois pour des mucosités, ou pour le produit d'ulcérations des follicules; mais Wirchow a démontré leur nature végétale. Ce sont des corpuscules amidonés, ce qu'il est facile de prouver par la réaction iodée. Leur importance pratique n'en est pas moins grande, parce que la présence d'amidon dans les selles annonce toujours un trouble profond de la digestion et de l'absorption.

Dans le catarrhe de l'intestin grêle, le mucus se présente dans les selles sous la forme de corpuscules muqueux jaunes (Nothnagel), qui ont l'aspect de grains de pavot, ou de pois jaunes, bruns, ou vert foncé, et d'une consistance semblable à celle du beurre; leur coloration est due à la bilirubin que l'on y reconnaît facilement.

La présence du pus dans les selles annonce en revanche une ulcération de la muqueuse (dysenterie, carcinome, ulcères tuberculeux, syphilitiques ou typhiques). Les leucocytes n'arrivent guère jusque dans les selles, lorsque l'ulcération est à l'intestin grêle; mais s'ils s'y trouvent, ils confirment le diagnostic d'ulcération du duodenum.

La constatation du sang dans les déjections a une valeur diagnostique importante ; le sang peut provenir de l'estomac: il est alors noir, mêlé intimement à la selle, à laquelle il communique une couleur foncée comme du goudron.

Lorsque les mouvements péristaltiques sont fréquents, et violents comme dans le typhus, le sang qui se mêle aux selles diarrhéiques, est rosé.

Dans les cas d'ulcérations des parties inférieures de l'intestin, ou dans l'entérite aiguë intense, on trouve du sang en petite quantité, et les selles sont diarrhéiques.

Le sang rouge qui tapisse des masses dures et solides provient du rectum, de l'S Iliaque, ou de l'anus (hémorrhoïdes).

Enfin, les selles contiennent encore du sang dans l'ulcère et le cancer de l'estomac ; dans les troubles de circulation de l'intestin ; dans la cirrhose du foie ; dans l'ulcère du duodenum, lorsqu'un corps étranger traverse l'intestin ; dans le cancer de l'intestin ; dans l'anchylostome duodénal ; dans la diathèse hémorragique ; et enfin dans l'hystérie. Les hémorragies hystériques sont loin d'être rares, et on a appelé tout dernièrement l'attention sur des cas d'hémorragies cérébrales, dont l'hystérie devait être certainement la cause ou l'occasion. On peut aussi observer des hémorragies des muqueuses dans la neurasthénie, plus particulièrement des muqueuses pulmonaires, utérines, et des organes de la digestion. Leur origine nerveuse par paralysie vaso-motrice ne peut faire aucun doute. Aussi, se montrent-elles surtout dans la neurasthénie qui se complique d'hystérie.

Les troubles vaso-moteurs sont extrêmement fré-

quents, tant dans l'hystérie que dans la neurasthénie, et sont parfois la cause de symptômes de la plus haute gravité. C'est ainsi que nous avons vu une malade mourir d'un œdème pulmonaire subit, sans autre raison appréciable que l'hystérie, malgré toutes les recherches que nous avons faites avec de nombreux confrères pour trouver la cause d'un œdème aussi grave, aussi brusque, et surtout aussi foudroyant[1]. Le traitement de l'œdème pulmonaire hystérique doit être des plus énergique; si les ventouses sèches, et les injections d'éther restent sans effet, on fera une saignée de 300 grammes au moins, et on appliquera 10 ventouses scarifiées qui retireront environ 250 grammes de sang. Dans un cas fort grave, et après inutilité des injections de morphine, puis d'éther et de caféine, de l'application des ventouses sèches, des sinapismes, du marteau Mayor, etc., le traitement par la saignée a fait disparaître très rapidement les symptômes d'un œdème des plus inquiétants.

Les névroses de l'intestin commes celles de l'estomac se divisent aussi en : *névroses de la motilité,* et en *névroses de la sécrétion.* La névrose de la motilité

[1] L'autonomie de l'œdème aigu du poumon a été nettement établie par Huchard, Renaut, Landouzy et d'autres auteurs; et l'œdème aigu congestif du poumon est avant tout un œdème névropathique, que l'on peut très bien rencontrer chez des personnes qui ne présentent aucun symptôme d'aortite ni de néphrite interstitielle.

est caractérisée par de l'entérospasme, et des contractions spasmodiques des muscles de l'intestin.

Les spasmes nerveux se distinguent des coliques par l'absence de la douleur. L'entérospasme est très fréquent chez les femmes nerveuses atteintes d'affections utérines; il accompagne souvent la colite. Il importe de distinguer l'entérospasme de la constipation. L'*entérospasme* est caractérisé par des selles dures, allongées en forme de fuseau, ou minces comme un crayon. Dans ces cas, on ne prescrira aucun purgatif; mais on aura recours à la ceinture de Priessnitz appliquée autour du ventre, et aux opérations calmantes de l'hydrothérapie: le maillot, les demi-bains, les affusions tempérées, les bains de siège tièdes; comme médicaments, la belladone et les bromures. On prescrira en outre un régime simple et léger. On recommandera le même traitement contre le spasme du sphincter anal, d'origine neurasthénique, hystérique ou tabétique.

La paralysie de l'intestin, caractérisée par le ballonnement du ventre et la suppression des selles, se remarque dans le tabes, la méningite, dans les diverses psychoses, l'hypocondrie, la mélancolie et l'hystérie.

Les vomissements fécaloïdes, qui accompagnent parfois la paralysie nerveuse, peuvent, dans certains cas, rendre le diagnostic fort difficile entre la parésie nerveuse et l'étranglement interne. Le pronostic est

favorable lorsque la paralysie est consécutive à la fatigue musculaire, qui suit « l'inquiétude péristaltique » des hystériques, ou l'accumulation de gaz et de matières fécales.

Le traitement doit s'attaquer aux causes avant tout; puis on administrera de grands lavements d'huile; on fera du massage, de l'électricité; on aura recours aux agents physiques de la médecine.

La névrose du rectum donne lieu à une constipation opiniâtre, avec spasme des fibres musculaires circulaires du rectum; on sait que l'hystérie a une prédilection particulière pour les muscles en sphincter (coït douloureux, vessie irritable, aphonie, vomissements, régurgitations, toux, etc.).

Les manifestations nerveuses rectales présentent les formes les plus variées: défécation douloureuse, et douleurs ou sensations de brûlure après la selle, pouvant durer pendant des heures. D'autres fois, ce n'est pas la douleur, mais la contracture qui domine; l'acte de la défécation est suivi d'un anéantissement qui peut aller jusqu'à la syncope. D'autres fois, un besoin impérieux d'aller à la garde-robe se fait sentir à la moindre émotion ou impression morale, à l'idée de se mettre en voyage, etc. Nous connaissons par exemple quelques personnes, qui ne peuvent prendre leur billet à la gare, et faire enregistrer leurs malles qu'après avoir préalablement calmé leur intestin par quelques centigrammes d'opium.

Chaque cure ou traitement nouveau peut faire disparaître très vite, mais aussi pour un moment seulement, les symptômes morbides; car le traitement s'use vite, et les rechutes sont faciles et fréquentes.

Le spasme peut parfois disparaître entièrement et subitement, lorsqu'apparaissent des troubles trophiques de la peau, lesquels sont évidemment d'origine nerveuse. Ces troubles trophiques de nature nerveuse ou hystérique sont loin d'être rares; et il est fort commun de constater chez les hystériques de véritables poussées intermittentes d'orchite, d'érythème noueux, d'ulcérations de la muqueuse buccale, etc.

Les troubles trophiques viscéraux sont de même tout aussi fréquents. L'origine nerveuse de l'hyperchlorhydrie permet de supposer que l'ulcère rond a aussi une origine nerveuse trophique; en effet, sa forme arrondie, à l'emporte-pièce, présente tous les caractères que l'on est convenu d'attribuer à l'influence trophique.

En dehors de certaines maladies comme la tuberculose et la fièvre typhoïde, les altérations anatomiques de l'intestin grêle sont extrêmement rares; et la grande majorité des troubles de l'intestin ont pour origine une perversion des nerfs. Quant aux altérations trophiques nerveuses, elles sont certainement très fréquentes (atrophies de la peau, des muscles, des os, éruptions herpétiques et bulleuses,

œdème pulmonaire, pneumonies, cystites par trophoneuroses).

D'après le prof. Buzzard, la diarrhée nerveuse aurait pour origine une irritation centrale du nerf vague. Il explique ainsi les diarrhées que l'on observe si souvent dans le cours du tabes. Il nous paraît plus juste de voir la cause de la diarrhée nerveuse dans une paralysie du splanchnique, et dans la transsudation qui suit la parésie des vaso-moteurs. N'est-ce pas l'explication la plus physiologique que l'on puisse donner des diarrhées profuses, qui se montrent parfois comme crises dans la maladie de Basedow ?

Le système nerveux commande à la sécrétion des sucs et à la transsudation des liquides intestinaux; il est aussi le grand régulateur de ces fonctions.

En paralysant les vaso-moteurs, et en augmentant la sécrétion des glandes de Lieberkuhn, il peut être la cause de diarrhées séreuses considérables. C'est la même paralysie vaso-motrice fonctionnelle qui seule peut expliquer l'œdème pulmonaire nerveux. Cette paralysie vaso-motrice peut même aller, ainsi que nous l'avons vu, jusqu'à l'hémorragie.

La colite ulcéreuse reconnaît très probablement aussi la même origine nerveuse.

On traitera la névrose du rectum par les procédés calmants de l'hydrothérapie et de l'électrothérapie; par les antispasmodiques (valérianates de zinc, de

fer, de quinine); par les bromures; au besoin par la dilatation forcée. On aura recours aussi aux cures de repos absolu, d'isolement; et on conseillera, s'il est nécessaire, l'excellent moyen calmant qui consiste à faire séjourner les malades dans une chambre noire pendant deux à trois heures par jour. Le repos dans le silence et l'obscurité apaise en effet d'une façon très remarquable les nerfs; c'est une ressource parfois précieuse, et dont il faudra se servir dans tous les cas d'excitation ou d'agitation nerveuse qui résistent aux traitements calmants habituels.

Les diarrhées nerveuses simples peuvent être aussi dues à un trouble fonctionnel des ganglions nerveux, qui tiennent sous leur dépendance les mouvements péristaltiques. Ces diarrhées, si fréquentes chez les névropathes, sont avantageusement combattues par la belladone et l'atropine, dont l'action sédative sur les ganglions nerveux et les terminaisons nerveuses des parois intestinales est bien connue.

L'hydrothérapie chaude et froide, la galvanisation et la faradisation du ventre joueront aussi un rôle important dans le traitement de la diarrhée nerveuse. La décoction de myrtilles nous a paru aussi utile dans certains cas; on fait bouillir 200 grammes de baies sèches dans 500 à 1000 grammes d'eau, jusqu'à évaporation d'un tiers du liquide; puis on laisse refroidir et on passe. Le malade boit deux à trois verres par jour de cette décoction.

En résumé, le diagnostic différentiel des troubles nerveux de l'intestin d'avec le catarrhe chronique, et les autres affections intestinales, peut être établi par un ensemble de faits actuellement bien définis, et suffisamment caractéristiques pour éviter toute confusion ou toute lourde méprise.

Et d'abord, le catarrhe produit à la longue un retentissement fâcheux sur l'état général du malade, qui maigrit et s'affaiblit. Dans la névrose de l'intestin, les malades conservent généralement un aspect florissant, alors même que la maladie dure depuis des années. Toutefois, l'entérite pseudo-membraneuse coïncidant le plus souvent avec un état d'épuisement nerveux, dont elle n'est en somme qu'un symptôme, peut amener après elle une vraie cachexie neurasthénique, et simuler ainsi un état organique de l'intestin.

L'amaigrissement et l'apauvrissement de l'individu n'indiquent donc pas, tant s'en faut, l'absence de la névrose; mais en revanche, la conservation apparente de la santé exclut le catarrhe chronique, ou toute autre affection organique de l'intestin.

Dans le catarrhe comme dans la névrose, la constipation alterne avec la diarrhée; mais en cas d'entéropathie nerveuse, la diarrhée se déclare dans la journée, surtout après les repas, après une impression morale, ou après une émotion quelconque; ce qui n'est pas le cas dans le catarrhe, où la diarrhée paraît surtout et de préférence pendant la nuit. Le

moindre écart de régime augmente aussitôt le dévoiement dans le catarrhe; tandis que les nerveux peuvent supporter, souvent sans aggravation de leur état, toute espèce de nourriture ; le régime mixte est même ce qui leur convient le mieux.

Le palper abdominal fournit aussi des signes importants chez les sujets nerveux, chez lesquels par exemple l'aorte abdominale est très sensible à la pression ; dans le catarrhe, c'est le colon descendant qui est douloureux. Mais les cas bien tranchés sont toujours rares dans la pratique, où catarrhes et névroses se trouvent souvent confondus, et existent simultanément.

Les formes mixtes sont peut-être les plus fréquentes, parce que l'affection intestinale est d'origine à la fois nerveuse et catarrhale, ou qu'elle tourne au catarrhe après un début exclusivement nerveux.

Le traitement s'inspirera de l'état actuel du sujet, et s'adressera tantôt à l'état catarrhal, tantôt à l'état nerveux, suivant que l'état nerveux ou catarrhal prédominera. Dans les prescriptions diététiques, on évitera le plus possible l'alimentation à digestion intestinale ; on veillera à l'évacuation quotidienne et régulière de l'intestin, pour éviter la stagnation des matières, et les fermentations susceptibles d'augmenter l'irritation ou l'inflammation de l'intestin.

Enfin, après chaque selle, nous faisons un lavage de l'intestin, soit avec une infusion de camomille ou

de valériane, soit plus simplement avec de l'eau tiède, à laquelle on ajoute une solution de tanin ou d'acide borique. Nous pratiquons le lavage de l'intestin de préférence avec une solution de tanin de $^1/_4$ à $^1/_2$, et même de 1 %. Le récipient de contenance de 3 à 4 litres d'eau, est maintenu à $1\,^1/_2$ ou 2 mètres au-dessus du lit; le malade est couché, le siège relevé, comme pour les grands lavements d'huile; on laisse pénétrer lentement le liquide, qui, lorsque le malade est habitué à l'opération, ressort à mesure qu'il entre; de sorte que l'irrigation ne produit ni douleur, ni gonflement de l'intestin. Nous avons guéri, par ces moyens, combinés avec les maillots et les demi-bains hydrothérapiques, de nombreux malades qui ensuite guérissaient eux-mêmes très vite les rechutes toujours assez fréquentes auxquelles ils sont exposés; et cela chez eux, en recourant aux lavages, aux maillots, au régime, toutes choses assez faciles à faire à domicile.

Notre confrère le professeur Revilliod, de Genève, a recommandé le traitement suivant dans la colite muco-membraneuse : « L'intestin est préalablement nettoyé par un lavement évacuant (lavement boriqué ou avec Ol: Ricini); puis on administre un lavement composé de mucilage de pépins de coings 500 gr., sous-nitrate de bismuth et salicylate de bismuth $\overline{aa}$ 10 grammes. Le malade doit arriver à garder peu à peu ce lavement pendant 24 heures. Ce traitement, simple et de manutention facile, rend dans certains

cas d'excellents services. Ewald a recommandé, dans la colite, les lavements de chloral (50 à 70 centigr.), et d'eau de chaux (250 grammes), avec ou sans tanin (1 à 2 %). On injecte le liquide après chaque selle. A l'intérieur, il prescrit la poudre suivante :

Rp. Benzonaphtol
Résorcine
Salicyl. de Bi : $\overline{aa}$
Poudre d'une plante aromatique. q : s :

Les diarrhées catarrhales sont parfois si fréquentes et si persistantes, qu'elles plongent le malade dans un état de faiblesse générale extrême, dans une vraie cachexie qui éveille le soupçon d'une affection organique de l'abdomen. La faiblesse et l'épuisement peuvent prendre une marche rapide et une allure inquiétante; aussi le traitement doit-il être sévère et énergique.

On prescrira la diète lactée exclusive, en faisant prendre 2 à 3 litres de lait par jour, par tasses toutes les heures, et même chaque ¼ d'heure, si l'estomac supporte difficilement le lait. La « cure de lait » (lait suisse stérilisé) a des propriétés constipantes, qui en font un remède vraiment héroïque dans la diarrhée et la dysenterie chronique. Après que la diarrhée a été arrêtée par le régime lacté, nous prescrivons des bouillies au lait faites avec du gruau ou de la farine d'avoine, avec de l'orge, de la farine de lentilles, du tapioca, avec de la farine

Nestlé; puis nous ajoutons à ce régime les œufs à la coque, les consommés, le beeftea, le riz à l'eau; et peu à peu nous arrivons au régime ordinaire du malade, mais en ne permettant la viande qu'en dernier lieu.

Le même traitement végétarien (lait, œufs, féculents, fruits), qui réduit au minimum les toxines alimentaires, est à recommander dans le cancer du rectum, la colite glaireuse, etc.

On recommandera en outre les frictions de tout le corps avec le gant de crin, suivies de lotions aromatiques (Baume de Fioravanti, Liniment de Rosen, etc.), et de frictions avec la serviette mouillée; on arrivera enfin aux enveloppements dans le drap mouillé (maillots échauffants), pendant 30 à 60 minutes, suivis de la friction au drap mouillé ou de la douche froide; on aura aussi recours à la douche écossaise ou alternative, au massage de tout le corps, à la faradisation du ventre. Comme médicament, nous prescrivons le salol, uni au bicarbonate de soude, dont on peut faire prendre jusqu'à 6 grammes dans les 24 heures, par cachets de 1 gramme.

Ce médicament est utile dans la dilatation et la dyspepsie intestinale; et il est un bon palliatif des diarrhées, des éructations gazeuses, du pyrosis et du météorisme. Il en est de même du salicylate de bismuth seul, ou uni au salol et au naphtol. On peut recommander comme boisson la tisane de Roses de

Provins, deux à quatre verres d'une infusion de pétales secs de Roses de Provins, et la décoction de myrtilles dont nous avons parlé plus haut. On fait boire deux à quatre verres par jour de cette décoction, dont l'effet serait souvent supérieur à celui des préparations de bismuth.

Enfin, nous pouvons recommander dans les diarrhées chroniques, la poudre suivante :

Rp. Craie préparée
Phosphate de chaux $\overline{aa}$ 20 grammes.
Salicylate de bismuth 10 grammes.

à prendre trois cuillerées à café par jour.

Disons encore que nous avons trouvé, dans le lavage de l'estomac, un moyen très efficace pour arrêter les vomissements des hystériques. Il suffit de le pratiquer avec une certaine mise en scène; et c'est chez les hystériques qui ne connaissent pas la sonde stomacale, un moyen suggestif de premier ordre, qui manque rarement son but et son effet, au début du traitement tout au moins; car toute impression s'use vite chez les hystériques.

L'atonie de l'estomac est bien souvent le symptôme le plus important, sinon le seul dont se plaignent les neurasthéniques. Ces malades attirent toute notre attention sur leur estomac dont ils souffrent continuellement. Mais, si vous les questionnez sur les autres symptômes neurasthéniques, vous obtiendrez généralement cette réponse : oui, nous

ressentons tout cela ; mais cela provient sûrement de l'estomac ; et l'on nous a dit que tout disparaîtra quand l'estomac sera guéri.

En réalité, c'est prendre l'effet pour la cause ; ce n'est pas l'estomac qui fatigue le malade, c'est l'épuisement nerveux qui rend l'estomac atonique. Tous ceux qui souffrent de dyspepsie atonique ou neurasthénique éprouvent les mêmes sensations de pression, de pesanteur, de gonflement après les repas ; ils sentent que la digestion est lente, pénible ; mais ils ne se plaignent presque jamais de douleurs vives, comme on le remarque dans la dilatation, le cancer, la névrose, ou l'hystérie ; en revanche, ils sont incommodés par d'incessantes éructations qui se produisent à jeun, aussi bien que pendant les digestions ; ils sont gonflés après les repas, doivent défaire leurs vêtements, *mais n'ont pas de vomissements,* qui ne se montrent que dans l'hystérie, l'ulcère, ou la dilatation par cause organique. De plus, les neurasthéniques éprouvent souvent un besoin invincible de dormir après les repas ; des vapeurs leur montent à la tête ; la face devient rouge et congestionnée ; ils se plaignent d'insomnies ; et malgré leur désir, quelle que soit leur volonté, quoi qu'ils sentent les paupières lourdes et la tête fatiguée, ils ne peuvent trouver le sommeil ; ou celui-ci est intermittent, agité, entrecoupé de rêves et surtout tourmenté par des idées noires, des obses-

sions angoissantes et dépressives. Parfois ils ont des palpitations, de l'oppression, de la diarrhée qui survient brusquement après qu'ils ont mangé; puis viennent les symptômes généraux de l'épuisement nerveux: la tristesse morale, l'ennui, une tendance à voir les choses en noir, le dégoût du monde et de la vie, la fatigue de la pensée, la difficulté et l'impossibilité de se livrer à un travail quelconque de longue durée, la diminution ou même la perte de la mémoire, et cet abattement particulier que les malades ressentent en se réveillant, comme si le sommeil, loin d'avoir réparé leurs forces, n'avait fait que les épuiser davantage.

La moindre tension de l'esprit produit de violents maux de tête, ce que les malades appellent *leurs plaques;* ou un resserrement très pénible aux tempes, ce qui donne au patient la sensation d'un casque trop lourd, ou d'un étau qui comprime la tête fatiguée, et les oblige à la soutenir de la main. Enfin la défaillance de la volonté, le manque d'énergie et de confiance en soi, l'irritabilité excessive du caractère, une impressionnabilité maladive physique et morale, l'intermittence dans la résistance morale, l'anxiété, l'angoisse, le doute de soi-même et de tout, le désir et la crainte de la mort, le pessimisme, cette forme la plus subtile et la plus amère de la neurasthénie, tels sont les caractères principaux de l'état neurasthénique.

Ces symptômes peuvent être plus ou moins prononcés, parfois simplement ébauchés; mais ils ne manquent jamais, et nous permettent très vite de reconnaître à quel genre de maladie, et par celà même de dyspeptique, nous avons affaire.

Nous devons appeler ici l'attention sur une forme particulière *de la neurasthénie qui atteint le larynx:* affection rare, généralement méconnue, parce qu'elle est peu décrite dans les livres, mais dont il importe cependant d'avoir une idée claire et juste, pour éviter toute erreur de pronostic et surtout de traitement. *La neurasthénie peut déterminer une parésie des constricteurs ou des dilatateurs de la glotte.* Dans le 1er cas, *la paralysie des Crico-Aryténoïdiens latéraux* produit l'enrouement, l'aphonie; de plus, le malade se plaint d'insomnies, de sueurs profuses, de vertiges, de faiblesse de la vue et de l'ouïe.

Dans ces cas-là, le traitement local, appliqué directement au larynx, produit un effet délétère, et aggrave la maladie plus qu'il ne l'améliore.

Il ne faut pas confondre cet état avec la laryngite spasmodique, où le malade souffre de quintes de toux violentes, est congestionné, bouffi, hors de lui, a le pouls filiforme et à peine sensible. Dans ce cas, on peut couper la crise par un badigeonnage profond (à la cocaïne par ex.) du pharynx, et de la portion sus-glottique du larynx. Les quintes de toux s'arrêtent comme par enchantement.

Le traitement de la neurasthénie du larynx doit s'adresser à l'état général; on ordonnera l'hydrothérapie et l'électricité sous forme de faradisation générale du corps, et la galvanisation centrale d'après la méthode de Beard.

La paralysie des dilatateurs (crico-aryténoïdiens postérieurs) a pour symptôme principal de la dyspnée : le malade se plaint d'avoir des accès de suffocation, *surtout pendant la nuit*. La voix est claire, forte, ronflante.

Les crises laryngées sont dues à la paralysie des dilatateurs, et peuvent constituer un des seuls signes prémonitoires du tabes; dans ce cas, le réflexe du genou fait défaut, tandis qu'il ne manque pas, qu'il est même parfois exagéré dans la neurasthénie.

Ex. : malade qui se plaint d'accès d'étouffement avec respiration sonore, éclatante, survenant lorsqu'il marche un peu vite ou monte les escaliers; le repos calme l'accès. Le laryngoscope fait reconnaître une paralysie des dilatateurs de la glotte; l'expectoration est difficile, ce qui annonce une participation du pneumogastrique.

Le diagnostic est : Affection bulbaire (Sclérose, syphilis ou tumeur); la cure antisyphilitique ne donne aucun résultat, et le malade guérit par un traitement hydrothérapique, et par l'électrisation des muscles du larynx, du bulbe et du cou. Il s'agissait donc d'une neurasthénie ou névrose laryngée.

Le Dr Rosenthal a décrit sous le nom de « dyspepsie émotionnelle » une variété de dyspepsie à forme aiguë, qui fait suite à des émotions vives (frayeur, colère, etc.). Elle se distinguerait, d'après lui, de la neurasthénie gastro-intestinale ordinaire, par son étiologie et la facilité relative avec laquelle elle cède à un traitement approprié. Les symptômes décrits par Rosenthal étant absolument ceux de la dyspepsie nerveuse que nous analysons, nous ne voyons pas la nécessité de créer un type à part pour cet état pathologique, dont l'étiologie seule, et encore, présente quelque particularité.

On remarque quelquefois, chez les neurasthéniques à base ou à disposition arthritique, une *glycosurie intermittente,* glycosurie nerveuse, ou consécutive à une alimentation trop féculente, ou à l'abus des choses sucrées. Cette glycosurie disparaît aussitôt que le malade s'abstient de tout aliment sucré, et ne fait qu'un usage modéré des farineux; mais elle peut être aussi occasionnée par les préoccupations, le surmenage intellectuel et les chagrins prolongés.

Il importe donc de ne pas la confondre avec le diabète proprement dit; en effet, son pronostic immédiat est plutôt bénin, la glycosurie pouvant cesser assez rapidement par le régime approprié et l'hydrothérapie; le malade y ajoutera, quand il le peut, le repos du corps, le calme et la tranquillité

de l'âme. Mais il est clair, et nous en connaissons des exemples, que cette glycosurie, si elle n'est pas traitée dès le début avec la plus grande attention, et si le malade continue à être surmené ou tourmenté par l'anxiété, finira en vrai diabète, dont elle est pour ainsi dire l'introduction. Prise à temps, elle peut n'être qu'une préface sans livre, et heureusement surtout sans épilogue.

Cette glycosurie nerveuse et arthritique peut aussi reconnaître pour cause des troubles fonctionnels des cellules du foie, et de la sécrétion biliaire. Tout au moins on remarque souvent que les malades ont des selles plus ou moins décolorées, et qu'ils accusent des troubles dyspepsiques variés de l'intestin (selles irrégulières, parfois diarrhéiques, ballonnement, gaz fétides, inquiétude de l'intestin, etc.).

L'hydrothérapie, qui relève le tonus nerveux et augmente tous les échanges organiques, est un excellent traitement du diabète nerveux ou arthritique, et doit constituer avec l'exercice modéré, *le régime et les alcalins,* la base thérapeutique de cette affection. Mais toutes les opérations hydrothérapiques ne sont pas également favorables, et quelques-unes même sont certainement nuisibles ; tels sont les bains froids de piscine ou de rivière, même les douches froides, à moins quelles ne soient prises par des diabétiques encore robustes, et habitués

depuis longtemps à l'eau froide. Nous avons obtenu les meilleurs effets des douches chaudes et froides en pluie (de 35° à 40°C., et poussées jusqu'à 45°C. et plus, si le malade supporte facilement l'eau très chaude) ; la douche chaude ayant une durée de 2 à 4 minutes, et étant suivie d'une douche fraîche (22° à 18°C.), ou même froide (14° à 10°C.) très courte, de 10 à 15 secondes.

Les bains de vapeur, si employés autrefois sur la recommandation du prof. Bouchardat, sont toujours affaiblissants, et du reste aujourd'hui à peu près complètement abandonnés ; ils s'accompagnent en outre d'une grande perturbation de l'organisme, qui peut présenter de sérieux inconvénients chez les malades atteints de faiblesse du cœur, ou d'artério-sclérose. Tandis que la douche dont nous parlons, si elle est pratiquée avec prudence, est absolument sans aucun danger, et présente le grand avantage de tonifier les nerfs, de remonter l'état général, et d'exercer une influence très marquée et incontestable sur l'état psychique du malade.

A tous ces points de vue, une cure hydrothérapique bien réglée, et entreprise dans un établissement spécial est tout indiquée dans les cas de diabète, ou plutôt de glycosurie alimentaire et intermittente, qu'on remarque assez souvent dans le cours d'une neurasthénie arthritique.

Dans le traitement hydrothérapique du diabète,

on aura soin de se rappeler l'aphorisme très juste du prof. Bouchard, que « la glycosurie est la sauvegarde du diabète ; » et on évitera toutes les pratiques qui peuvent gêner ou diminuer l'élimination du sucre, comme les déperditions d'eau exagérées, les sueurs profuses, par conséquent les bains de vapeur, ou les bains turcs, auxquels les diabétiques sont encore trop souvent soumis à leur plus grand détriment.

L'accumulation du sucre dans les tissus peut en effet donner lieu aux phénomènes les plus divers, et parfois les plus graves : troubles fonctionnels et nutritifs, crampes, fatigue générale, amblyopie, surdité, syncope, coma ; tels peuvent être les résultats d'une cure par les bains de vapeur ou les autres procédés de sudation. Aussi, laissons-nous boire largement le diabétique, et suivant le cas, lui conseillons-nous simplement l'usage, soit de la douche écossaise, soit du jet brisé dans les températures de 24°C. à 14°C.

La neurasthénie, surtout lorsqu'elle est à base arthritique, prédispose les sujets qui en sont atteints aux maladies de la nutrition ; et celà se comprend, l'épuisement nerveux pouvant être une cause directe du ralentissement de la nutrition. C'est ainsi que l'on peut assez souvent constater, chez l'arthritique neurasthénique, de la glycosurie intermittente qui tournera à la fin en véritable diabète, si, comme

c'est généralement le cas, peu de glycosuries étant reconnues au début, le malade n'est pas soumis au régime hygiénique et diététique imposé par l'état de sa nutrition.

Le neurasthénique présente parfois des symptômes subjectifs fort semblables à ceux du diabète sucré, sans que l'analyse des urines révèle la présence du sucre. Mais le dosage des urines rendues dans les 24 heures permet de constater une augmentation de l'urée plus ou moins forte : le malade est *azoturique*. Or, comme souvent la quantité d'urine n'est pas augmentée, qu'il y a azoturie sans polyurie, l'attention n'est appelée que tardivement sur l'état des urines. Mais les malades se plaignent d'une excessive faiblesse, d'un état de tristesse et d'abattement moral invincibles, d'une grande irritabilité nerveuse, et présentent tous les symptômes de la dyspepsie nerveuse, avec langue chargée, constipation, gaz, etc., toutes choses qui trop souvent portent au diagnostic de catarrhe gastrique.

Les malades maigrissent, voient leurs forces diminuer, perdent des phosphates en excès, résultat d'une désassimilation exagérée et trop rapide. Ce n'est que par un dosage rigoureux et fréquent de l'urée qu'on arrive à reconnaître l'*azoturie*, affection beaucoup moins rare qu'on ne le suppose, et qui atteint fréquemment les jeunes gens à l'époque de la puberté. Si l'on se contente du diagnostic de chlorose

ou d'anémie, on court le risque de voir la maladie s'aggraver, malgré tous les martiaux et tous les phosphates possibles.

Le pronostic de cette affection est loin d'être toujours très favorable; mais, à en juger d'après les cas que nous avons eu l'occasion d'observer, si l'azoturie est prise à temps et traitée avec toute la rigueur qu'elle mérite, on aura toute chance d'aboutir à une guérison complète, surtout si ce sont les causes nerveuses qui ont joué le rôle principal dans sa production. Nous retrouvons ici encore les ennuis, les émotions, les chagrins, le surmenage, toutes les causes en un mot qui occasionnent la neurasthénie.

Dans l'azoturie, le trouble de la nutrition est caractérisé par une désassimilation excessive des tissus, par une exagération des combustions internes, conséquences d'une nutrition, ou d'une assimilation insuffisante ; c'est pourquoi, l'azoturique qui mange beaucoup rendra beaucoup d'urée, et aussi beaucoup de chlorures. Si le traitement améliore son état, l'assimilation sera plus complète, le malade profitera de sa nourriture; l'urée diminuera dans ses urines, et le poids du corps augmentera, tandis que le rendement des chlorures restera le même. Le mieux continuant, la polyphagie diminuera; car elle ne s'était produite que pour remédier à l'énorme déperdition de l'azote; le malade mange moins, et la proportion des chlo-

rures descend, l'urée se maintenant au chiffre normal qui correspond à la quantité d'azote ingéré.

Une autre forme d'azoturie, relativement fréquente, mais généralement méconnue, parce que les analyses quantitatives et suffisamment répétées des urines ne sont que rarement imposées aux neurasthéniques, est fournie par le neurasthénique polyurique, dont l'urée ne dépasse pas par litre la quantité physiologique, mais dont la déperdition d'azote est anormale dans les 24 heures.

Ex.: M. X., 50 ans, arthritique, est devenu neurasthénique par excès de travail et préoccupations de toutes sortes; se plaint de fatigue générale, de dégoût du travail, d'inaptitude aux affaires, d'une grande lassitude de la vie, d'une inquiétude morale, et d'une irritabilité nerveuse excessivement pénibles. Tous les organes sont sains; mais plusieurs analyses quantitatives d'urine donnent le résultat suivant:

Quantité d'urine en 24 heures	3000 cc.	
Densité	1,011	
Urée	18 grammes	par litre
Acide urique	0,30	»
Chlorures	7,50	»
Phosphates	3,25	»
Acide phosphor.	1,75	»
Sucre	0	
Albumine		

Aucun élément anormal.

On ne peut pas regarder ici l'azoturie comme une forme du diabète; le malade n'est pas atteint de troubles sérieux de la nutrition; son azoturie est tout à fait accidentelle, négative pourrais-je dire; car elle n'est que le fait d'une polyurie nerveuse, avec expulsion normale des déchets organiques. Toutefois, il serait à craindre que cet état ne s'aggravât s'il n'était enrayé, ces malades étant des prédestinés, ou tout au moins des prédisposés aux maladies de la nutrition.

L'indication thérapeutique qui résulte de l'analyse d'urine que nous venons de signaler, est d'arrêter avant tout la polyurie, de remonter les forces du malade, et de ramener l'équilibre dans l'état général nerveux; problème en réalité plus facile à poser qu'à résoudre, d'autant plus que les troubles de la nutrition présentés par le malade, qui dans sa jeunesse était très fort et robuste, se sont établis et développés peu à peu, insidieusement par un surmenage intellectuel et moral de 20 années.

On obtiendra avec le plus de sûreté le résultat que nous cherchons par l'opium, le médicament essentiel de la polyurie[1]; par l'arsenic, médicament d'épargne; et mieux encore par les phosphates, la strych-

[1] Le professeur Benedikt a recommandé dernièrement le *seigle ergoté* dans le *diabète insipide*. Il l'administre à la dose quotidienne de 60 centigrammes en trois prises. Le traitement peut être continué, si cela est nécessaire, pendant

nine et le fer (le Sirop d'hypophosphites dont nous donnons plus loin la formule), qui ont sur l'état général du neurasthénique un effet tonique et reconstituant incontestable. Il ne faudra pas oublier en outre de prescrire un repos absolu de l'esprit, le calme le plus complet de l'âme, puis les distractions qui égayent sans fatiguer, un régime simple et fortifiant; et enfin, après une cure légère à Karlsbad, l'hydrothérapie tonique et calmante, à laquelle on adjoindra l'électricité statique, dont les bons effets dans la neurasthénie et les maladies de la nutrition ne peuvent être niés.

Ce traitement réussit du reste très vite chez le malade dont nous parlons; la polyurie cédait après quinze jours de traitement; et après deux mois de cure et de repos, le malade partait se regardant comme parfaitement guéri. Nous lui recommandâmes de continuer indéfiniment un régime alimentaire dont le sucre devait être rigoureusement exclu, et un usage modéré d'alcool et de farineux. En hiver nous conseillons l'huile de foie de morue, le séjour dans le Midi; et chaque matin, au sortir du lit, la friction de tout le corps avec la serviette mouillée; enfin le malade ne doit pas manquer de

trois semaines. Benedikt aurait guéri par ce moyen des malades polyuriques, rendant jusqu'à 8 litres d'urine dans les 24 heures, et 80 grammes d'urée.

faire matin et soir une promenade d'une heure au moins. Depuis une année la polyurie n'a pas reparu, pas plus qu'une légère glycosurie intermittente, c'est-à-dire nerveuse et alimentaire, que l'on avait pu constater pendant quelque temps. Je dois ajouter que le malade, convaincu que son état n'avait pour cause que le surmenage et la crainte irréfléchie de ne pas réussir, ainsi qu'il l'entendait, dans ses affaires, d'ailleurs très prospères, a eu la sagesse de prendre plus philosophiquement parti des heurs et malheurs de ce monde, de moins travailler, et surtout de moins se tourmenter inutilement.

Les malades de ce genre sont légion; et la plupart, s'ils étaient traités à temps, éviteraient la chute dans les maladies graves de la nutrition. Le type est ainsi : hérédité nerveuse ou arthritique; surmenage physique ou psychique, généralement tous les deux; préoccupations et agitation dans les affaires; exagération du sentiment de la responsabilité; inquiétude de l'avenir; activité physique et morale continue et exagérée; nuits troublées par les soucis et des idées de toutes sortes généralement à tournure pessimiste; puis peu à peu développement lent d'un état neurasthénique sans que le malade s'en rende compte, et par une sorte d'auto-suggestion. Les troubles nerveux augmentent et s'accentuent, et insensiblement les désordres de la nutrition entrent en ligne. Ce n'est souvent qu'à ce

moment que nous avons l'occasion de traiter ces malades, qui jusqu'alors avaient continué tant bien que mal leur train de vie, sans avoir l'idée de consulter le médecin. Dans ces cas nous ne devons pas nous contenter du diagnostic de névropathie ou de neurasthénie simple; mais il importe de baser son diagnostic et son traitement sur de fréquentes et complètes analyses des urines.

Dans tous les cas de neurasthénie avec azoturie on aura soin de prescrire aussitôt un traitement rationnel du diabète azoturique; car c'est celui-ci qui domine alors la scène neurasthénique. Or, en général, on ne tient pas suffisamment compte de l'état de l'urée chez les neurasthéniques; et il est bien heureux pour ces malades que le traitement, qui s'adresse à la neurasthénie en général, soit aussi, sauf pour quelques indications spéciales, celui de l'azoturie. Dans l'un et l'autre cas, le but de tout traitement, s'il veut avoir quelque efficacité, est de relever la nutrition; et dans l'azoturie, plus particulièrement dans l'azoturie polyurique, de combattre la dénutrition de l'organisme au moyen de l'opium et de l'hydrothérapie. Le régime et le repos occupent toujours la première place; et c'est certainement dans les cas de neurasthénie azoturique que la cure de Weir-Mittchel, par la suralimentation et le repos absolu, remporte ses plus beaux triomphes. Aussitôt donc qu'on découvrira une déperdition exagérée

d'urée chez un neurasthénique, on lui prescrira le repos au lit, et une alimentation aussi abondante et aussi azotée que possible; c'est le meilleur moyen d'arrêter les progrès de la désassimilation. Le malade recevra une nourriture largement azotée, avons-nous dit; mais les féculents n'en seront pas proscrits; il boira à sa soif, afin d'aider aussi à l'élimination de l'urée, qui ne peut séjourner sans danger dans le sang, dont on opère ainsi un vrai lavage; la polyurie n'augmente ici qu'indirectement la proportion de l'urée; elle ne l'augmente même pas du tout chez les polyuriques hystériques, ou chez les personnes bien portantes, qui ont absorbé beaucoup de liquide. On insistera en outre sur la nécessité d'une vie calme, absente de soucis, d'émotions; les malades éviteront tout ce qui peut produire ou entretenir une surexcitation des nerfs.

Les médicaments antidénutritifs, tels que l'arsenic, l'opium, seront aussi prescrits avec avantage, ainsi que les médicaments reconstituants, comme le quinquina, la kola, le fer, etc. Mais tous les médicaments seront insuffisants et inutiles, s'ils sont employés seuls, et si on ne les associe pas avec le régime, le repos et les applications reconstituantes et toniques de l'hydrothérapie.

L'hydrothérapie doit être employée ici largement, mais avec suite et méthode; elle relève, en effet, toutes les fonctions de la nutrition et de

l'assimilation, elle régularise et ramène l'équilibre dans la nutrition. Grâce à elle, le mouvement vital est non seulement augmenté, mais aussi coordonné et bien réglé. Le jeu normal de toutes les grandes fonctions nutritives se rétablit; et en fin de compte la dénutrition ne prédomine plus sur l'assimilation. Toutefois il faut se garder de dire aux malades d'aller prendre des douches, sans autre indication. Le malade, qui ferait de l'hydrothérapie comme autrefois, aurait bien des chances de n'obtenir qu'un piètre résultat de sa cure; car la fatigue provoquée par les exercices de la préaction et de la réaction aurait un effet diamétralement opposé à celui que l'on cherche, c'est-à-dire l'augmentation régulière et équilibrée de tous les échanges organiques.

Et c'est tout particulièrement dans ces cas-là que l'hydrothérapie doit se borner aux applications du drap mouillé, pratiquées le matin au sortir du lit, avec repos au lit pendant un temps plus ou moins long, jusqu'à plusieurs heures après l'opération.

Les douches ne seront employées que plus tard, quand le malade aura gagné suffisamment de forces pour les supporter avec avantage, en suivant les mêmes règles, en prenant toutes les précautions qui auront présidé à l'application du drap mouillé, c'est-à-dire, en les combinant avec un repos plus ou moins absolu, suivant l'état du sujet en traitement.

A côté de l'*azoturie,* nous trouvons l'*hypoazoturie* sur laquelle le prof. Rommelaere, de Bruxelles, a appelé le premier l'attention, et qui vient d'être l'objet d'un travail intéressant du Dr Reynès (*Semaine médicale,* du 2 juin 1897).

L'hypoazoturie est un signe de dénutrition générale, dont la cause peut être un cancer, mais aussi toute autre affection chronique et progressive. Puis, il y a une hypoazoturie qu'on ne peut expliquer par la maladie, et qui est le fait du tempérament de l'individu.

« Fréquemment, écrit le Dr Reynès, les hypoazoturiques ont l'aspect infantile, les membres grêles, les chairs molles, le teint peu coloré; leurs artères sont petites, minces; ils ont les extrémités habituellement refroidies, même en été, et la paume de leurs mains est souvent en transpiration; leur appétit est médiocre; ils ont des tissus musculo-aponévrotiques insuffisants, atones, et par là sont plus exposés aux ptoses, aux prolapsus. Dans quelques cas M. Tédenat a pu, chez des femmes, nous faire ainsi constater l'abaissement du colon, et percevoir les battements de l'aorte abdominale. Chez elles le bassin est étroit, l'utérus petit, les règles pâles, peu abondantes et souvent irrégulières.

D'autres fois l'hypoazoturie revêt un autre type : les sujets sont alors obèses et gras; mais ce masque adipeux cache une nutrition tout aussi retardée;

nous en pourrions citer deux exemples. Les hypoazoturiques ont d'ailleurs un tempérament mou, et sont souvent apathiques.

Dans sa pratique, M. Tédenat a constaté l'hypoazoturie chez des gens qui n'avaient aucune maladie caractérisée, mais souffraient de douleurs vagues plus ou moins généralisées, de céphalées, de myalgies, d'essoufflement léger, de bronchite, de troubles dyspepsiques variés. On la rencontre même chez des individus qui ne se plaignent de rien, mais ne peuvent supporter le moindre excès de travail physique ou moral, de boisson, de veille, ni d'aucune sorte.

Ainsi envisagée, l'hypoazoturie doit être comprise dans une formule plus large qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Elle n'est plus seulement l'effet d'une maladie, cancer ou autre ; elle est l'expression, mathématiquement appréciable, d'une constitution défectueuse, d'un métabolisme physiologiquement insuffisant. A ce titre on peut la considérer comme congénitale, capable d'ailleurs de s'exagérer par un état morbide accidentel.

Quelques-uns de ces sujets sont parfois rangés parmi les neurasthéniques. D'autres devraient, pour M. Tédenat, être regardés comme des hypotoniques vasculaires, et répondraient à de vrais types de chlorose. En ce sens on pourrait rapprocher leur constitution de ces états pour lesquels les Alle-

mands ont judicieusement parlé d'*aplasie* ou *d'hypoplasie du feuillet moyen*, voulant dire par là qu'il s'agit d'une imperfection vasculo-conjonctive.

Le traitement de l'hypoazoturie se confond en réalité avec celui de la neurasthénie; l'hypoazoturie est, en somme, à peu de chose près, identique à l'azoturie neurasthénique, tant dans son étiologie que dans ses manifestations pathologiques. Il faut combattre la déchéance organique qu'elle révèle. Dans ce but on emploiera : le repos physique et moral qui n'exclut pas toutefois un exercice modéré; un régime reconstituant et l'hydrothérapie, mais, comme le fait très bien remarquer le professeur Tédenat, *l'hydrothérapie qui ne fait pas usage d'eau froide*. L'eau froide en effet exige une action au-dessus des ressources d'un organisme aussi pauvre que celui de l'hypoazoturique; et loin de produire une amélioration, elle épuise le système nerveux. Le professeur Tédenat recommande les douches tièdes. » Nous préférerions, au début du traitement surtout, la friction au drap mouillé, pratiquée au saut du lit; et ce n'est que plus tard que nous ordonnerions les douches de 28° à 18° C., ou alternativement chaudes et fraîches (20° à 16° et 14° C.) et le massage, enfin tous les agents physiques qui conviennent aux neurasthéniques. On emploiera en outre, sur la recommandation du professeur Tédenat, l'eau tiède soit en boissons abondantes, soit sous forme de lavements.

Des lavements quotidiens d'eau salée tiède réchauffent l'hypoazoturique, stimulent la sécrétion urinaire, et évitent l'intoxication fécale ; sous leur influence on ne tarde pas à voir l'organisme se relever, avec l'augmentation du volume des urines et du taux proportionnel de l'urée. On voit aussi le sommeil et l'appétit devenir meilleurs, et disparaître les vertiges, la céphalée, les topoalgies, les troubles digestifs, la diarrhée, etc. En outre, l'opothérapie sera utilement associée au traitement hydrothérapique. H. Gilford conseille le traitement thyroïdien ; Carlo Fedeli emploie le suc ovarien, dont il a vu de bons résultats dans la chlorose et l'anémie.

Un autre trouble de la nutrition que l'on observe aussi fréquemment dans la neurasthénie, c'est la *phosphaturie*. Ce phénomène a été fort bien étudié par le Docteur Tessier, de Lyon, qui a plus particulièrement appelé l'attention sur ce syndrôme, dont l'importance n'échappera à personne. C'est surtout chez les neurasthéniques dyspeptiques que nous avons observé la déperdition exagérée des phosphates. Un malade atteint de dyspepsie nerveuse devient très facilement phosphaturique. Les désordres de la nutrition sont ici encore d'origine et d'essence nerveuse, de nature inconnue ; mais ils sont caractérisés par l'élimination des phosphates en excès, et par leur assimilation insuffisante. D'après Tessier, il faut regarder comme un symp-

tôme frappant de la phosphaturie des douleurs rhumatoïdes et des troubles de la vue (amblyopie avec faiblesse de l'accommodation), qui auraient une importance exceptionnelle. Chez les malades neurasthéniques en qui nous avons constaté de la phosphaturie, nous avons aussi noté des douleurs erratiques généralisées ou localisées dans certains nerfs ou dans certains muscles; mais ces douleurs nous ont plutôt paru ressortir de la neurasthénie (neurasthénie douloureuse) que du rhumatisme.

Au surplus, dans la plupart des cas de ce genre, il est malaisé de savoir dans quel cadre on doit faire entrer les douleurs, dont se plaignent si souvent ces malades; d'autant plus que l'explication anatomo-pathologique de la « neurasthénie douloureuse » est encore à trouver, lorsque les douleurs ne peuvent être mises sur le compte d'une névrite périphérique, ou d'une intoxication par les toxines, ou autres produits d'une nutrition en défaut. Les douleurs neurasthéniques ont pour caractère d'être générales, vagues, névralgiques, multiples, variables, changeant d'un jour à l'autre, douleurs qu'on ne peut classer, et qui ne ressemblent en rien aux douleurs névralgiques, musculaires, ou médullaires ou autres qu'on a coutume d'observer. Quant aux troubles sérieux de la vue, la cataracte par exemple, ce n'est certainement que dans des cas fort graves de phosphaturie qu'on pourra les rencontrer. La nu-

trition est alors profondément déréglée, et nous n'avons plus affaire à une simple manifestation neurasthénique, mais à un de ces cas de phosphaturie, que le Dr Tessier regarde comme l'indice d'un diabète sucré latent ou transformé.

Phosphaturie et glycosurie sont alors les manifestations alternantes d'un même vice de nutrition, tandis que l'excès de la déperdition des phosphates, chez le neurasthénique, n'est généralement pas plus du diabète phosphaturique que la glycosurie passagère ou intermittente, qu'on peut remarquer chez ce même neurasthénique ou chez tout arthritique, n'est le vrai diabète sucré.

Le traitement de la *phosphaturie* ne diffère en rien de celui de l'*azoturie;* il faut réparer les pertes de l'organisme, et combattre le vice de la nutrition. Pour réparer les pertes, on aura recours à une alimentation spéciale, dont le lait formera la base; on prescrira les poissons de mer, et la tisane dont nous parlerons plus loin, et qui introduit dans le corps une grande quantité de phosphates assimilables. L'assimilation des phosphates étant entravée surtout chez les phosphaturiques, il est dès lors bien illusoire de prescrire les phosphates à l'intérieur. Ils sont même souvent plus nuisibles qu'avantageux, en portant entrave à la digestion.

On remplira la deuxième indication par l'emploi

méthodique et longtemps continué de l'hydrothérapie, par les applications diverses de l'électricité, du bain statique, et on essayera les courants de haute fréquence, qui, d'après les docteurs d'Arsonval et Apostoli, auraient un effet remarquablement avantageux sur tous les troubles de la nutrition.

Le prof. Lange, de Copenhague, a étudié une forme particulière de dépression neurasthéniforme chez les uricémiques; c'est un état périodique de dépression qu'il faut, dit-il, distinguer de la mélancolie et de la neurasthénie, et qui serait caractérisé:

1° Par une sorte d'inertie cérébrale, une répugnance à accomplir toutes les opérations intellectuelles, une difficulté à prendre ou à abandonner une décision, à suivre une conversation, à s'intéresser à autrui; aussi les malades abandonnent-ils leurs occupations et recherchent-ils le repos et la solitude.

2° Par une émotivité ou une affectivité exagérées, qui se traduisent par des crises de larmes ou une profonde tristesse, quelquefois par une angoisse véritable.

3° Par des troubles inconstants tels que la céphalée, la douleur sacrée, des sueurs, des insomnies.

Ces périodes de dépression durent de 3 à 6 mois, et sont séparées par des phases d'une santé plus ou moins complète. Le point spécial, sur lequel insiste l'auteur, est la présence dans l'urine d'une grande

quantité d'urates; et Lange pense que l'uricémie est la cause du syndrôme qu'il décrit. Ce type clinique, à symptômes purement neurasthéniques, se distingue de la mélancolie par l'absence constante de conceptions délirantes et d'hallucinations, même chez des sujets dont l'affection remonte à 30 ou 40 ans. Quoiqu'il en soit, le traitement dans ces cas doit s'adresser à l'arthritisme d'abord, et aussi à la neurasthénie qui en est la conséquence.

Quant à la *neurasthénie traumatique,* elle ne se montre que de 4 à 8 semaines après l'accident. Outre les symptômes classiques de la neurasthénie simple, on constate de l'affaiblissement musculaire pouvant aller jusqu'à la paralysie, affectant volontiers la forme de monoplégie. Nous avons soigné un jardinier qui était tombé d'un arbre dont il élaguait les branches. Cet homme qui portait plusieurs stigmates d'hystéro-neurasthénie, et qui était tombé sur l'épaule, fut pris, un mois après sa chute, d'une paralysie du bras sur lequel il était tombé. Ajoutons que ce malade avait été traité pendant plusieurs semaines pour une paralysie rhumatismale.

Le prof. Horsley cite le cas d'un malade chez lequel une moitié du thorax ne participait pas à la respiration. Il cite encore, comme symptôme intéressant et important, l'état de la langue qui est le siège d'un spasme qui l'incurve dans le sens opposé à l'hémiplégie, et lui fait subir un mouvement de

torsion autour de son axe longitudinal. Dans la sphère sensitivo-sensorielle, on constate aussi les troubles les plus variés (amblyopie, asthénopie, surdité unilatérale, anesthésie, analgésie, picotements, sensations de pesanteur aux membres). Le sommeil est troublé par un réveil prématuré, par des cauchemars; plus rarement parfois c'est une véritable insomnie.

Le meilleur traitement de la neurasthénie traumatique consiste à appliquer la méthode de Weir-Mitchell; mais comme cette névrose ne se montre que chez les sujets ayant une forte prédisposition à la neurasthénie, elle présente toujours après guérison une incontestable tendance aux rechutes.

Les symptômes de la neurasthénie traumatique chronique sont généralement ceux de la neurasthénie simple due aux émotions, aux soucis, au surmenage. La neurasthénie traumatique aiguë est généralement accompagnée d'une fièvre à type irrégulier (fièvre nerveuse ou hystérique), caractérisée par ce fait qu'elle cède facilement aux lotions d'eau froide (v. Horsley). Cet auteur a observé un cas où la température atteignit 43,8° C. Les lotions froides abaissèrent très rapidement la température; mais le moindre choc déterminait aussitôt une brusque ascension thermique.

Les malheureux neurasthéniques ne font pas toujours l'effet de malades sérieux; ils ont même assez

souvent un aspect florissant, bon visage et bon teint; l'état général paraît excellent; aussi, sont-ils souvent incompris et passent-ils pour des malades imaginaires; leurs plaintes sur la fatigue qu'ils éprouvent et sur l'impossibilité où ils sont de travailler semblent être fort exagérées, quand on ne les regarde pas comme un moyen d'expliquer leur paresse, et de se la faire pardonner. Le malade imaginaire de Molière n'était qu'un neurasthénique incompris; c'est pourquoi, bien des neurasthéniques sont désolés de leur belle apparence, et rien ne les exaspère autant que ces paroles qu'ils entendent à chaque instant : mais pourquoi vous soignez-vous ? Vous avez si bonne mine. Cette impression n'est que trop souvent partagée par les personnes de l'entourage immédiat du malade; il est même nécessaire parfois que le médecin intervienne, et fasse comprendre aux parents que les plaintes du malade sont justifiées et nullement exagérées, et qu'elles ne sont que l'expression d'un état pathologique réel du système nerveux.

Cet état n'est le plus souvent que la conséquence d'un travail forcé, trop prolongé, ou des préoccupations, des soucis qu'amène la vie agitée et surmenée de notre époque; or le malade n'en est point responsable, pas plus qu'il n'est responsable de l'hérédité nerveuse ou autre qu'il a apportée en naissant.

D'autre part, c'est aussi ce même entourage qui,

préoccupé outre mesure du malade, entrave et annule si souvent les efforts du médecin par des soins trop minutieux, des attentions exagérées et superflues, et nécessite ainsi son isolement absolu. On peut dire que bien souvent le médecin n'a pas de pire ennemi que la famille du malade hystérique ou neurasthénique.

Il est clair en effet que les parents de l'hystérique par exemple doivent eux-mêmes être peu ou prou déséquilibrés, et présenter des tares de dégénérescence plus ou moins accentuées, mais toujours visibles pour l'œil quelque peu exercé.

Si les dyspeptiques atoniques ne se traitent que par l'ingestion des eaux minérales, ainsi que c'est si souvent le cas, ils ont toute chance de voir leur état s'aggraver, c'est-à-dire la distension musculaire augmenter et arriver graduellement, mais fatalement, à la dilatation. La digestion devient de plus en plus pénible, et la nutrition insuffisante; la tristesse et l'hypocondrie s'accentuent, et l'atonie peut finir en vraie dilatation avec toutes les misères qu'elle comporte.

Nous estimons qu'il ne faut pas envisager la dilatation comme une entité clinique, mais comme un symptôme ou une conséquence d'une autre maladie; aussi ne doit-on pas se contenter d'un traitement banal de la dilatation; on aura soin de tenir compte des causes de l'ectasie, qu'on s'efforcera de combattre avant toute autre chose dans les limites du possible.

L'atonie peut certainement aboutir à la dilatation; mais le cas est en somme assez rare, la dilatation étant surtout une conséquence du catarrhe, de l'ulcère ou du cancer. Dans tous les cas, si l'atonie est traitée dès le début comme il convient, elle ne doit jamais aller jusqu'à la dilatation.

L'atonie s'accompagne le plus souvent d'une diminution de la sécrétion du suc gastrique; c'est un fait que nous avons pu constater dans un très grand nombre d'analyses. Nous avons vu l'atonie et aussi la névrose de l'estomac coïncider avec une hypochlorhydrie; cela se comprend aisément, puisque l'atonie de l'estomac n'est la plupart du temps que l'effet de l'épuisement nerveux. L'hyperchlorhydrie jointe à l'atonie est excessivement rare; c'est en outre un symptôme d'hystérie, ou de névrose de l'estomac.

Dans les cas d'hystérie, nous avons aussi trouvé le plus souvent une diminution de la sécrétion, et et non une hyperchlorhydrie. D'autres fois, nous étions en présence d'une suppression totale de la sécrétion gastrique, avec ou sans troubles subjectifs. Quand cette suppression se produisait, les symptômes généraux nerveux se présentaient toujours avec une grande persistance. Mais on a remarqué un fait difficile à expliquer, c'est que, malgré des vomissements presque incoercibles, les malades ne paraissaient guère troublés dans leur nutrition, et souvent

même ne se plaignaient que de légers troubles dyspepsiques. Voici un cas de névrose de l'estomac, où l'examen du suc gastrique semblait indiquer une atrophie de l'estomac; et pourtant la maladie n'était en réalité qu'une hystérie, sévère il est vrai, et cotoyant de très près la folie morale.

M^lle X., 18 ans, de haute stature, d'apparence robuste, mais à tempérament lymphatique et indolent, nous est envoyée pour un état d'hystérie avec troubles psychiques bien caractérisés (humeur sombre, caractère dissimulé, expansif et aimable avec les étrangers, difficile et renfermé à la maison); elle ne se plaint que de rejeter tous les aliments qu'elle prend, et elle a l'air d'une martyre résignée. Elle prétend n'avoir aucun appétit, pas de douleurs ni de renvois, ni de gonflement d'estomac, mais les aliments ne passent pas; le sommeil fait, dit-elle, absolument défaut. Au surplus la malade ne présente pas d'autres stigmates hystériques; elle paraît posséder le plus grand calme, et être fort maîtresse d'elle-même. L'analyse du suc gastrique dénote une absence totale de tous ses éléments : pas de HCl, pas de pepsine (la digestion artificielle de la fibrine est nulle); pas de lab (la caséine du lait mélangé avec le suc gastrique ne se coagule pas au bain-marie). — A cette époque, il y a à peu près 13 ans, aucun travail objectif n'avait encore été publié sur l'hystérie et la névrose de l'estomac, dans ses rapports avec la sé-

crétion du suc gastrique; et tous les auteurs qui s'étaient spécialement occupés de la question de l'analyse du suc gastrique, alors à ses premiers débuts, regardaient la suppression totale du suc gastrique comme un symptôme à peu près certain de l'atrophie de l'estomac.

Imbu de cette idée, nous pensâmes que si la jeune fille était hystérique, elle était en outre atteinte d'une atrophie de l'estomac : nous nous trompions, car nous eûmes pendant trois ans l'occasion de suivre cette malade, et d'avoir plus tard de ses nouvelles. L'hystérie s'était peu améliorée, les phénomènes psychiques de dégénérescence étant restés sensiblement les mêmes, ou plutôt ayant réapparu avec une intensité nouvelle lors du retour de la jeune malade dans sa famille. De pareils malades, soit dit en passant, devraient être éloignés de leurs familles, non pendant quelques semaines ou quelques mois seulement, mais pendant plusieurs années. C'est ainsi seulement qu'il serait possible, par une éducation nouvelle et suffisamment prolongée, de transformer et de ramener à un état à peu près normal les cerveaux détraqués et déséquilibrés des dégénérés. Si l'état moral n'avait pas changé, en revanche tous les symptômes morbides de l'estomac avaient disparu, et la sécrétion du suc gastrique avait repris son cours normal.

On peut donc tirer de ce fait, et de certains au-

tres absolument semblables, que nous avons eu l'occasion d'observer, les conclusions suivantes :

1° La suppression complète du suc gastrique ne comporte pas par elle-même le diagnostic d'atrophie, cette suppression pouvant être un symptôme purement nerveux.

2° Toute névrose, qui s'accompagne de la suppression du suc gastrique, est toujours l'indice d'un trouble fonctionnel grave dans le système nerveux central, et c'est une affection nerveuse extrêmement longue et opiniâtre qu'il faut dès lors s'attendre à combattre.

3° Les aliments introduits dans l'estomac peuvent passer dans l'intestin sans avoir été préalablement attaqués par les sucs gastriques, et la digestion se fait complète et suffisante dans l'intestin.

4° La nutrition de l'organisme peut se faire suffisamment, malgré une extrême fréquence des vomissements, parce que les vomissements nerveux ne rejettent qu'une partie des aliments, l'autre partie passant dans les intestins, où s'accomplissent leur digestion et leur absorption.

Le cas, que nous venons de rapporter, est une preuve que l'analyse très attentive et souvent répétée du suc gastrique peut non seulement n'être d'aucune utilité, mais contribuer plutôt à entretenir une erreur d'autant plus fâcheuse que, dans ce

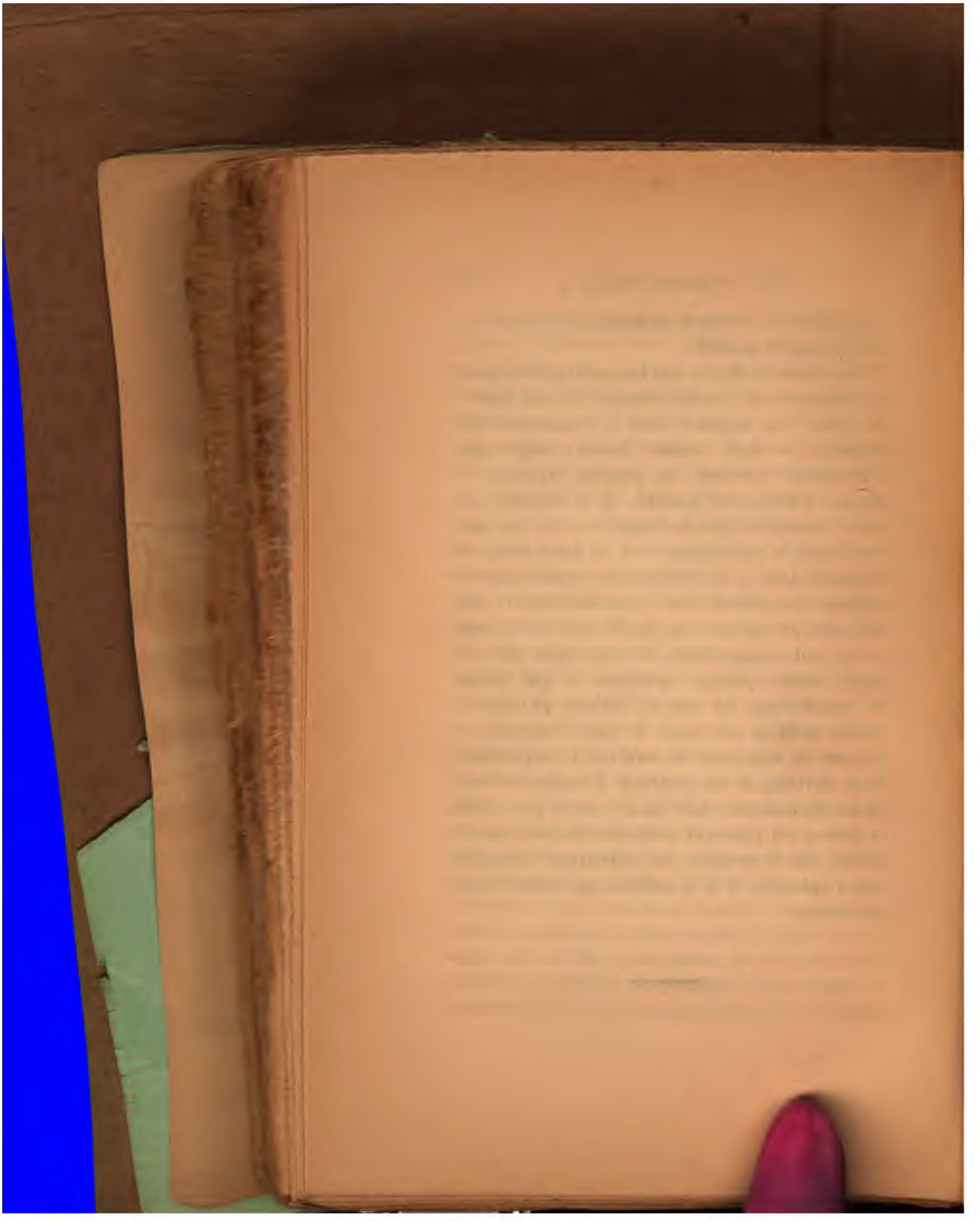
même cas, le médecin habituel de la malade, qui n'avait fait aucune analyse du suc gastrique, n'avait vu, très justement du reste, qu'une névrose hystérique de l'estomac sans aucune lésion organique de ce viscère. Quoiqu'il en soit, ces faits sont fort intéressants, car ils prouvent que la sécrétion gastrique peut être entièrement dépendante de l'influx nerveux, quelle que puisse être au surplus son indépendance physiologique, puisque les physiologues prétendent que la sécrétion peut se faire sans la participation du pneumogastrique. Or, les faits cliniques démontrent avec évidence l'influence prédominante du système nerveux sur la sécrétion, l'absorption et la motilité de l'estomac.

Dans tous les cas, si les expériences physiologiques tendent à faire admettre une sorte d'autonomie des cellules de l'estomac, elles sont d'autant moins concluantes qu'elles se contredisent souvent les unes les autres. De plus elles ne peuvent infirmer cette vérité : « *c'est que la sécrétion gastrique avec tous ses éléments peut parfaitement tarir dans certains états nerveux en laissant indemnes la muqueuse, les glandes et les muscles de l'estomac.* »

L'analyse seule du suc gastrique n'est donc pas toujours concluante, encore moins un guide absolument sûr; et elle a pu exposer le médecin à des erreurs regrettables de diagnostic; nous disons a pu, parce qu'aujourd'hui que l'on connaît l'influence

des nerfs sur la sécrétion gastrique, ces erreurs ne sont plus guère possibles.

Nous avons eu depuis lors bien souvent l'occasion de constater une absence complète de suc gastrique chez des malades dont la muqueuse était normale, et dont aucune raison, autre que l'épuisement nerveux, ne pouvait expliquer le manque d'action des glandes. Il ne faudrait pas croire néanmoins que la disparition du suc gastrique dans la neurasthénie soit un phénomène insignifiant. Loin de là : elle annonce toujours un état morbide très profond, une neurasthénie grave, qui, sans doute, ne menace pas directement la vie, mais qui la rend insupportable en entretenant une dyspepsie tenace, presque incurable, et qui plonge les malades dans un état de faiblesse physique et d'abattement moral, digne de toute l'attention et de toute la sollicitude du médecin. La suppression de la sécrétion du suc gastrique d'origine nerveuse est un phénomène relativement encore peu connu, et dont il est pourtant nécessaire de bien saisir la portée; car il donnera des indications thérapeutiques spéciales, et il a surtout une haute valeur pronostique.



CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'ATONIE ET DE LA DILATATION

Les symptômes subjectifs de l'atonie sont caractérisés par une lenteur plus ou moins grande de la digestion, l'énergie musculaire s'épuisant avant que l'estomac ait pu se débarrasser entièrement de son contenu. Les malades se plaignent en conséquence de pesanteur et de pression à l'estomac, d'une sorte de « trop plein, » dont la sensation est pénible et angoissante, plutôt que franchement douloureuse. Cet état s'accompagne souvent de points rachialgiques fort pénibles. Les malades sentent que l'estomac est paresseux, que la digestion est incomplète; et s'ils accusent, outre les éructations d'air, *des renvois acides, il est à craindre que l'estomac ne soit déjà atteint d'un commencement de dilatation.* Le ventre est ballonné; les malades doivent après les repas desserrer leurs vêtements; ils ont facilement le sang à la tête, se plaignent de vertiges, de lourdeur, d'oppression, de palpitations, d'arythmie du

cœur, de pulsations de l'aorte, d'abattement moral ; et parfois même ils sont regardés et traités comme des cardiaques. La tympanite par pression sur l'aorte produit une stase de la circulation artérielle qui force le cœur à une action énergique ; il se fait aussitôt alors une congestion vers la tête, par le refoulement du sang dans les vaisseaux qui ne subissent aucune pression.

L'atonie n'occasionne que rarement la gastralgie ; mais des douleurs par hypéresthésie ne sont pas rares dans la dyspepsie nerveuse ; de violentes « crampes d'estomac » feront soupçonner la possibilité d'un ulcère, et dans tous les cas, rendront le médecin très prudent dans l'emploi de la sonde. Il est rare que l'atonie de l'estomac existe seule et par elle-même ; en général les atoniques sont des neurasthéniques ; et en interrogeant les malades, on découvrira bien vite, s'ils ne l'avouent eux-mêmes, qu'ils souffrent des principaux et classiques symptômes de la neurasthénie : insomnies, lassitude au réveil, difficulté de penser occasionnant naturellement l'inaptitude et le dégoût du travail intellectuel, douleurs dans le dos, fatigue des jambes, tendance à voir les choses en noir, etc.

Le simple résumé des symptômes subjectifs de l'atonie et de la neurasthénie suffit en général pour reconnaître promptement à qui et à quoi l'on a affaire ; néanmoins, il sera toujours utile, et souvent

nécessaire au diagnostic, de compléter l'examen par l'analyse du suc gastrique, et la mesure de la capacité musculaire de l'estomac.

Un estomac à musculature normale atteint, après avoir ingéré un litre de liquide, 4 à 5 centimètres au-dessus du nombril; l'on aura donc soin de déterminer soigneusement la limite inférieure du viscère après un repas complet; car l'insuffisance musculaire peut être réelle, sans que la grande courbure atteigne le nombril. C'est le cas de la pseudo-dilatation, si souvent prise pour de la vraie dilatation, et traitée sans aucun succès par les lavages. Du reste, la vraie dilatation s'accompagne généralement de vomissements, qui manquent à peu près toujours dans l'atonie; en outre on trouve, quand il y a dilatation, des détritus alimentaires dans l'estomac à jeun, ou 9 à 10 heures après le repas d'épreuve; ce qui peut s'observer dans la névrose, mais jamais dans l'atonie simple. Il n'est donc pas difficile de distinguer la vraie dilatation de l'atonie; les symptômes principaux de la dilatation (l'ectasie, les vomissements, la présence dans l'estomac à jeun de détritus alimentaires, et de produits de fermentation, ce fait que la sonde ne pénètre dans l'estomac qu'à 60 ou 70 centimètres), font défaut dans l'atonie.

Dans la dilatation vraie, après que le malade a pris 6 grammes de bicarbonate de soude et 4 gram-

mes d'acide tartrique, l'inspection du ventre permet de constater, à la hauteur du nombril ou même au-dessous, une élévation des parois du ventre représentant les contours de la grande courbure. La palpation, que l'on fera en passant le plat de la main sur le ventre, donnera à celle-ci la sensation bien nette d'un coussin rempli d'air.

Le phénomène de succussion est un symptôme d'une certaine valeur, mais nullement pathognomonique de la dilatation; en effet, il se remarque dans d'autres états morbides. Le bruit du clapotement n'annonce qu'une diminution de la tension musculaire, mais ne nous renseigne en rien sur le moment où les aliments franchissent le pylore; *on peut donc aussi rencontrer le clapotement dans l'atonie sans dilatation; c'est même là une des raisons qui font souvent prendre l'atonie pour de la dilatation. Le bruit de succussion n'est pas suffisant par lui-même pour autoriser le diagnostic de la dilatation.*

Un signe important est fourni par la sonde, que l'on est étonné de voir pénétrer si profondément (70 centimètres) avant son entrée dans l'estomac dilaté. *Un autre symptôme de valeur est la quantité de liquide qui ressort par expression;* ainsi, tandis qu'une heure après le repas suivant : 200 grammes de thé et 30 à 50 grammes de pain, on ne retire normalement par la sonde que 30 à 50 C : C : du contenu de l'estomac, l'estomac atteint de dilata-

tion fournit un contenu d'au moins 100 C : C :, souvent plus. *Ce simple fait suffit déjà pour révéler une insuffisance notable de sa puissance motrice.*

En outre, si deux heures après le même repas, le lavage permet de reconnaître dans l'estomac la présence d'aliments, c'est un indice de dilatation.

Pour établir par la percussion les limites de l'estomac, on percutera à partir du rebord des côtes en se dirigeant vers le bas ventre, jusqu'à ce qu'on rencontre un son mat produit par le liquide que renferme toujours l'estomac dilaté.

Quand on fera coucher le malade après l'avoir percuté debout, ce son mat fera place à un son tympanitique très net. Dans la dilatation avancée, le diagnostic qui permet de la distinguer de l'atonie est facile à établir; mais il n'en est plus de même lorsque l'atonie est très prononcée, et subjectivement ressemble à s'y méprendre à la dilatation réelle, mais encore faible. Il est néanmoins important d'être fixé à ce sujet à cause du traitement; car les lavages de l'estomac sont pour le moins inutiles dans l'atonie, et sont au contraire tout indiqués dans la dilatation. Or, si de nombreux malades se plaignent qu'on leur ait lavé et relavé l'estomac sans aucun résultat, cela tient au diagnostic qui a fait croire à tort à la dilatation, quand il ne s'agissait que d'une atonie neurasthénique très accusée, mais qui n'était pas du tout la vraie dilatation.

Le lavage n'a qu'une action mécanique très restreinte; il est avant tout un nettoyage de l'estomac. Il sera donc très utile pour débarrasser l'estomac des restes d'aliments qui y séjournent, et comme antiseptique pour atténuer les effets des fermentations. Mais il sera inutile dans tous les cas où la digestion se fait lentement il est vrai, comme dans l'atonie, mais sans produire de gaz ou d'acides *de fermentation.*

Le signe caractéristique de l'atonie simple, c'est que les fonctions motrices sont encore suffisantes, quand l'estomac n'est pas surchargé d'aliments. Ainsi lorsqu'un malade atteint d'atonie de l'estomac a fait un repas copieux, la limite inférieure de l'estomac s'abaisse presque au niveau du nombril, au-dessus duquel l'estomac à l'état normal s'élève de 4 à 8 centimètres. Après un repas léger la distention manquera.

Le diagnostic différentiel de l'atonie et de la dilatation n'offre donc pas des difficultés insurmontables; mais il est parfois assez compliqué, et exige pour être établi avec précision et netteté un examen approfondi, et souvent répété du malade.

L'acné vulgaire est fort souvent une complication de la dyspepsie et plus particulièrement de la dilatation. Barthélémy prétend même que la gastro-ectasie existerait presque constamment chez les sujets atteints de cette dermatose. Dans tous les cas, on

trouve souvent une dyspepsie à la source soit de l'acné menstruelle, soit surtout de l'acné dite d'évolution, qui apparaît au moment de la puberté pour s'éteindre par la suite. Or c'est souvent au moment de l'évolution sexuelle qu'on remarque chez les jeunes gens des troubles dyspepsiques dus à l'atonie, et à la secrétion insuffisante du suc gastrique. Dans ces cas, comme pour l'acné arthritique si fréquente chez les rhumatisants et les goutteux, chez les gros mangeurs et les grands buveurs, il faudra, outre les prescriptions diététiques générales (abstention des substances grasses et des féculents, interdiction des spiritueux et des excitants, etc.), il faudra, disons-nous, favoriser et aider les digestions gastrique et intestinale, et prévenir les fermentations par une alimentation appropriée, un régime demi-végétarien qui réduit au minimum les toxines alimentaires.

Au surplus c'est ce régime qui doit être à la base du traitement de toutes les affections de l'intestin. On ajoutera les antiseptiques, et on soumettra les malades à l'action des agents physiques, que nous aurons à recommander contre l'atonie et la dilatation de l'estomac. On aura soin aussi de surveiller et de régulariser l'évolution des règles, lorsque celle-ci n'a pas une marche normale et régulière, et que les éruptions acnéiques paraissent subir l'influence des poussées menstruelles.

Voici un moyen simple et pratique à la fois de distinguer l'atonie de la dilatation.

Senator, Sahli et d'autres ont trouvé que chez les personnes dont la digestion est normale, *un gramme de salol pris après le repas est complètement éliminé au bout de 24 à 27 heures.*

Dans vingt-six cas de dilatation simple ou de cancer et d'ulcère avec ectasie, la réaction de l'acide salicylique n'a jamais disparu des urines avant 30 heures, et elle variait généralement de 40 à 56 heures. — *On peut tirer la conclusion de ce fait que, lorsque la réaction du salol se fait attendre plus de 30 heures, le cas doit être regardé comme pathologique, et que l'on a affaire à une insuffisance de l'estomac, à de l'atonie ou à de la dilatation, suivant la présence plus ou moins tardive de l'acide salicylique dans les urines.* L'existence de cet acide dans les urines peut être constatée 30 à 72 heures après l'ingestion du salol, selon que l'estomac est simplement atonique ou qu'il est dilaté. Dans des cas certainement très rares d'atonie, la réaction du salol peut avoir disparu avant 30 heures ; et de même, chez des personnes bien portantes, la réaction peut durer plus longtemps. Dans ce cas, la lenteur momentanée de la digestion est certainement due à quelque état nerveux, à des soucis, des inquiétudes, des ennuis. On évitera toute erreur, en se livrant pendant quelques jours de suite à la recherche de l'acide salicylique.

Chez quatorze malades atteints de névrose, de cardialgie, de catarrhe sans ectasie, le salol avait toujours disparu de l'organisme 24 heures environ après son ingestion ; dans un seul cas de névrose, la réaction dura trente heures. Ainsi quand il n'y a pas insuffisance motrice, l'estomac *quoique malade* se comporte comme l'estomac sain à l'égard du salol. Dans douze cas d'atonie de l'intestin, d'entérite, de constipation, sans affection de l'estomac, la réaction avait disparu de 24 à 26 heures après l'ingestion du salol. On peut en inférer que l'atonie de l'intestin n'a qu'une influence insignifiante sur la transformation du salol, et n'altère nullement les résultats de la méthode.

On peut donc avec Senator et Silberstein, déduire de ces expériences que :

1° Lorsque l'estomac fonctionne normalement, le salol, pris à la dose de un gramme après le repas, est entièrement éliminé 27 heures après son ingestion.

2° Les malades atteints d'affections gastriques, mais dont l'estomac possède une puissance motrice suffisante, éliminent le salol dans le même espace de temps.

3° Dans la dilatation, l'élimination du salol exige plus de trente heures.

4° Dans l'atonie, le ralentissement dans l'élimination du salol est la règle ; mais il est rare de trouver de l'acide salicylique dans les urines

après 30 heures, comme c'est le cas dans la dilatation.

5° L'état de l'intestin n'a aucune influence sur l'élimination du salol.

On administre un gramme de salol après le repas; et 24 ou 30 heures après, on examinera l'urine. En y ajoutant quelques gouttes d'une solution diluée de perchlorure de fer, l'urine prend une couleur violette très prononcée, lorqu'elle contient de l'acide salicylique.

Penzoldt et Faber ont cherché à se rendre compte de l'absorption de l'estomac en administrant de l'iodure de potassium, et en déterminant le moment de son apparition dans la salive. Ce moment varie de 15 minutes chez les gens bien portants, jusqu'à 50 minutes chez les malades. On fait prendre au malade 20 centigrammes de « Jod Kali » dans une capsule de gélatine, et on recherche la présence de l'iode dans la salive toutes les cinq minutes. « Pour cela on se sert de bandes de papier filtré, préalablement trempées dans l'eau amidonnée, puis séchées : on humecte ces bandes avec la salive et on y dépose à l'aide d'une baguette de verre, une goutte d'acide nitrique fumant. De petites quantités d'iode dans la salive forment un anneau rougeâtre, de fortes proportions un anneau de couleur bleuâtre (Voir Dr G., Lyon. *L'analyse du suc gastrique,* 1890).

On a observé quelques cas de dilatation aiguë de

l'estomac qui se produisaient à la suite d'un état aigu d'atonie gastrique (Fraenkel).

Exemples : X., femme de 22 ans, anémique, a eu de fréquentes hématémèses, et a succombé à des vomissements abondants, suivis de collapsus. A l'autopsie on constate un pylore allongé et coudé, de telle sorte que le passage des matières était devenu absolument impossible. *L'estomac est très dilaté, sans ulcération;* seulement la muqueuse était le siège de quelques érosions capillaires.

Petite fille de 6 ans qui, à la suite d'une indigestion, fut atteinte de dyspepsie aiguë avec phénomène de collapsus. L'estomac descend jusqu'à quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Lavage de l'organe. Le contenu de l'estomac renfermait des pois verts ingérés six jours auparavant. Le lavage répété amena promptement la guérison.

Une complication de la dilatation — rare heureusement — avec hyperacidité, est la tétanie gastrique caractérisée par la contracture des membres, parfois de la face et du tronc, survenant par accès, et pouvant durer de quelques minutes à quelques heures. La forme thoracique (convulsion des muscles du tronc) est grave et peut déterminer l'asphyxie.

Une autre forme est caractérisée par des convulsions toniques et cloniques généralisées, avec pertes de connaissance, puis coma, simulant à s'y méprendre une attaque d'épilepsie. Certaines guérisons d'épi-

lepsie essentielle pourraient bien rentrer dans ces cas de dilatation hyperacide. La tétanie gastrique est une complication redoutable de l'hypersécrétion gastrique. Outre l'influence de HCl., l'alcool paraît jouer aussi un rôle important dans la production de cette peptotoxine.

Dans le traitement, il faut naturellement supprimer l'usage de l'alcool, combattre la rétention gastrique par le lavage, neutraliser l'excès d'acide par le bicarbonate, et agir sur l'ensemble du système nerveux; enfin laver aussitôt l'estomac quand la tétanie se déclare. On a recommandé comme lavage, dans les cas d'hyperacidité, le lavage avec une solution au $^{0}/_{00}$ de nitrate d'argent.

On pratique d'abord un lavage à l'eau simple, puis au nitrate, puis de nouveau à l'eau, jusqu'à ce que celle-ci ressorte claire. Les résultats seraient excellents ; ce lavage combattrait avantageusement l'hyperacidité, ferait disparaître les douleurs, et relèverait le *tonus musculaire* de l'estomac.

La dilatation de l'estomac s'accompagne presque toujours d'une diminution dans les liquides des tissus; et d'un autre côté, le traitement de la dilatation imposant la diète sèche augmente ainsi l'inconvénient que nous signalons. On pare à ce défaut par des injections d'eau dans l'intestin, qu'on aura toujours soin d'ordonner concurremment à la diète sèche. Ces injections seront faites, de même que

les lavages de l'estomac, le matin à jeun, et avant les repas.

Ces différentes méthodes d'examen ont une haute valeur pour le diagnostic de la dilatation.

La dilatation de l'estomac n'est pas une maladie par elle-même, mais une suite de causes et de processus variés. Parler d'ectasie de l'estomac, c'est dire que l'estomac est dilaté, et incapable de déverser en temps opportun son contenu dans l'intestin. L'insuffisance d'action de l'estomac est la cause première, la dilatation la cause terminale.

On distingue généralement, et cela suffit au point de vue pratique, deux groupes d'ectasie :

a) par rétrécissement du pylore;

b) par affaiblissement des muscles de l'estomac.

Malheureusement, il est parfois assez difficile de savoir si l'ectasie est neurasthénique, c'est-à-dire, si elle est due à un relâchement simple des tissus musculaires; ou si elle est la suite de fermentations organiques comme dans le catarrhe chronique; ou enfin si elle résulte de l'hyperacidité ou de l'hypersécrétion. Le diagnostic différentiel ne pourra se faire que par l'analyse du suc gastrique, et par une observation suivie de tous les phénomènes subjectifs et objectifs présentés par le malade.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'ATONIE ET DE LA NÉVROSE

Quand sept heures après le repas d'épreuve (une soupe à l'orge, un beefsteack (150 gram.), un petit pain (50 gram.) deux verres d'eau), on trouve que l'estomac est débarrassé de son contenu, que le liquide du lavage ressort clair; quand l'examen chimique dénote que la proportion de HCl. est normale (0, 1 à 0, 2 %); que la digestion artificielle de la fibrine au bain-marie se fait dans le laps de temps régulier (50 centigr. à 1 gram. de fibrine dissous en 5 ou 15 minutes), nous pouvons hardiment conclure que le malade n'est pas atteint d'une maladie organique (cancer, atrophie, catarrhe, dilatation), et que l'activité motrice est suffisante.

Les symptômes morbides sont produits alors par une atonie ou par une névrose de l'estomac, qui peut causer des troubles dyspeptiques, sans qu'il y ait aucun désordre chimique dans la digestion. Mais ces cas sont rares, la névrose de l'estomac finissant

même que ces maladies peuvent engendrer des affections mentales.

Le rein mobile présente parfois, comme symptôme unique, un état d'atonie ou de neurasthénie gastrique ; l'état dyspeptique s'accompagne alors presque toujours d'entéroptose ; la paroi abdominale est flasque, dépressible, l'estomac plus ou moins dilaté. Il faut soutenir l'abdomen par une ceinture, le fortifier par le massage, les douches, les bains de siège.

La névrose peut affecter les formes des affections gastriques les plus diverses : l'ulcère, le cancer, aussi bien que la dilatation et l'atrophie ; mais généralement elle présente un ensemble de symptômes variés et très caractéristiques qui ne peuvent s'appliquer qu'à un état nerveux de l'estomac.

On classait autrefois sous la rubrique *Dyspepsies nerveuses* toutes les manifestations morbides de l'estomac, qu'on ne pouvait rapporter à un vice organique de ce viscère. Aujourd'hui la névrose de l'estomac est mieux définie, sinon dans son essence, au moins dans ses symptômes qui, en lui imprimant un cachet très particulier, en rendent le diagnostic généralement facile.

L'étude qu'on en a faite ces dernières années a permis d'en grouper et d'en dissocier les éléments ; de telle sorte que l'ancien terme vague de dyspepsie nerveuse est actuellement l'expression d'un état pa-

thologique spécial, qui évoque aussitôt à l'esprit l'idée de troubles particuliers de la digestion, d'origine nerveuse. Ces troubles nerveux présentent des syndrômes aussi immuables et aussi caractéristiques que ceux qui se rapportent aux maladies organiques, et qui, pour la névrose de l'estomac, comme pour les manifestations de l'hystérie, ne sont nullement insaisissables, ni changeants, quoique nombreux et variés.

Ces symptômes apparaissent au contraire toujours les mêmes, et ne sont nullement à la merci du hasard, ou de l'imagination plus ou moins dévergondée des malades.

On divise les névroses de l'estomac en :

1° Névrose de la motilité.

2° Névrose de la sensibilité.

3° Névrose de la sécrétion.

La névrose de la motilité est généralement caractérisée par des spasmes (gastro-spasmes, inquiétude péristaltique de Küssmaul, vomissement des hystériques, crampes, éructations).

La gastralgie nerveuse (névrose de la sensibilité) peut, si elle s'accompagne d'hématémèse et d'hyperacidité, simuler à un tel point l'ulcère, que le diagnostic différentiel en devient parfois pendant longtemps absolument impossible. L'ulcère n'est au surplus pas très rare chez les jeunes filles anémiques et nerveuses; aussi n'est-ce souvent que l'ob-

servation prolongée du malade, s'ajoutant aux résultats obtenus par le traitement, qui tranchera définitivement la question.

L'augmentation ou la diminution de la douleur, sous la pression manuelle, parle pour ou contre l'ulcère; mais il est rare que ce signe soit assez prononcé, assez précis, pour que le diagnostic en soit bien éclairé.

Dans l'hypéresthésie de la digestion, les nerfs sensibles de l'estomac se trouvent dans un état d'excitabilité maladive telle, que l'estomac peut en arriver à ne plus supporter même l'alimentation la plus simple. Aussi les malades se trouvent-ils dans un état continuel d'indigestion; alors les troubles dyspeptiques disparaissent vers la fin de la digestion, et on peut en conclure qu'il s'est formé dans l'estomac une plaque hystérogène. L'hystérie paraît s'être concentrée dans l'estomac, et elle s'y localise comme le fait la neurasthénie; dès lors elle rejette dans l'ombre les symptômes nerveux que l'on est habitué à voir au premier rang. Mais si l'on pousse plus loin l'investigation, on découvre bien vite que le malade à souffert de crises nerveuses, ou d'autres accidents du même genre, et qu'il a présenté, ou qu'il présente encore à l'état latent, les stigmates décrits par le professeur Charcot.

On remarque parfois, dans la névrose de l'estomac, des crises gastriques (crises de gastroxie ?) sem-

blables à celle du tabes, moins les symptômes médullaires (Debove-Leyden).

Dans les crises nerveuses, on constate de la pneumatose, des renvois d'air, *l'intégrité ou même l'exagération des réflexes du genou*, symptômes qui permettent en général d'éviter de confondre les crises gastriques tabétiques, avec les crises gastriques nerveuses. Ces crises gastriques, souvent très fréquentes, sont caractérisées par une douleur atroce à l'estomac, accompagnée ou non de syncope, d'agitation, d'angoisse, de besoin d'air avec serrement à la poitrine et violents accès d'oppression ; elles peuvent parfois induire en erreur, en cachant sous les dehors de « *crampes d'estomac,* » des douleurs néphrétiques, et surtout des coliques hépatiques.

Il y a lieu même de soupçonner des calculs biliaires chez les malades qui se plaignent de brusques et violentes gastralgies, avec tendance à la syncope, fièvre, accélération du pouls, et grande prostration après la crise.

Nous venons de voir deux cas où les malades accusaient des gastralgies violentes, intermittentes, qui les frappaient subitement, et avec une intensité extraordinaire. L'un de ces malades était pris tout à coup dans la rue de ces douleurs aiguës, et devait être transporté chez lui dans un état voisin de la syncope. Dans un seul cas, il y avait eu de l'ictère qui, du reste, ne s'était déclaré qu'à la dixième crise. Ces

deux cas avaient été traités, l'un pendant 11 mois, comme étant de la gastralgie nerveuse.

Les deux malades étaient du sexe féminin; chez l'une, le réflexe rotulien manquait; mais elle ne présentait du reste aucun des symptômes ordinaires du tabes. Dans l'un et l'autre cas, on découvrit, en tamisant les selles, du sable et des calculs.

Dans une intéressante observation de lithiase intestinale relatée par le Dr Oddo, il s'agit d'une femme d'une cinquantaine d'années, issue d'une famille de goutteux, et présentant dans ses antécédents personnels des manifestations rhumatismales multiples. Depuis l'âge de sept ans, cette malade était sujette à des crises de douleurs abdominales, qui se terminaient par des évacuations abondantes, contenant des matières terreuses.

La crise débutait soudainement par des douleurs occupant tout l'abdomen, et s'accompagnant parfois de vomissements. Bientôt, le besoin d'aller à la garde-robe se faisait sentir; les premières selles étaient dures, puis devenaient molles et liquides, et enfin la malade excrétait de grandes quantités de sable. Le paroxysme se terminait au bout de dix-huit à vingt-quatre heures par des évacuations alvines sanguinolentes et graisseuses, avec ténesme rectal. Parfois il y avait expulsion de fausses membranes rubanées, peu de temps après une crise.

L'analyse chimique des matières sablonneuses ren-

dues par l'anus a montré qu'elles étaient composées essentiellement de phosphate et de carbonate de chaux, ainsi que de phosphate ammoniaco-magnésien, et qu'elles ne contenaient que de faibles traces de pigment biliaire. On se trouvait donc en présence non d'une lithiase hépatique, mais d'une gravelle intestinale, comme le faisaient supposer d'ailleurs les symptômes cliniques présentés par la malade.

En pratiquant la palpation abdominale dans les intervalles des crises, l'auteur a trouvé le cæcum manifestement augmenté de volume et douloureux à la pression. C'est donc au niveau de cette portion de l'intestin, que s'accumulait vraisemblablement le sable dans les intervalles des débâcles intestinales.

Dans ce cas, les divers régimes alimentaires, le traitement alcalin prolongé, les bains alcalins et sulfureux, et même les manifestations rhumatismales qui survenaient de temps à autre, n'exerçaient aucune influence sur la lithiase intestinale. Par contre, l'usage du benzonaphtol diminuait presque toujours la fréquence de l'intensité des crises.

De ces faits, M. Oddo conclut qu'il s'agissait ici d'un *catarrhe lithogène* de l'intestin, d'origine locale, et n'ayant aucun rapport avec l'état diathésique de la malade. (*Marseille méd.*, 15 septembre 1896.)

M. Dieulafoy a fait sur cette affection, dont les premières observations ont été rapportées en 1873 par

M. Laboulbène, une importante communication à l'Académie de médecine, dont voici les conclusions :

1° Il y a une lithiase intestinale, comme il y a une lithiase biliaire et une lithiase urinaire.

2° La lithiase intestinale peut être formée de sable, de gravier et même de calculs.

3° Ce sable, ces graviers, ces calculs sont composés de matière organique stercorale, et de matière inorganique, dans laquelle les sels de chaux et de magnésie ont la place prépondérante; matières organique et inorganique sont associées en proportion variable.

4° La lithiase intestinale est très souvent accompagnée d'entéro-colite muco-membraneuse.

5° Au point de vue de sa pathogénie, la lithiase intestinale fait souvent partie de la diathèse goutteuse; il y a une gravelle intestinale diathésique, au même titre qu'une gravelle urinaire et biliaire. Par contre, il y a des cas de lithiase intestinale qui ne peuvent pas plus être rattachés à la diathèse goutteuse, que certains cas de lithiase urinaire ou biliaire.

6° La lithiase intestinale peut ne révéler sa présence que par quelques symptômes légers; mais le plus souvent elle donne lieu à des crises abdominales fort douloureuses, que je propose d'appeler coliques intestinales lithiasiques, crises douloureuses dont la durée et l'intensité sont variables.

7° Ces coliques intestinales lithiasiques sont suivies de l'émission de sable, de gravier, de débâcles sableu-

ses, avec ou sans matières glaireuses et membraneuses.

8° Les coliques intestinales lithiasiques ne doivent être confondues ni avec les coliques hépatiques, ni avec l'appendicite; le diagnostic avec l'appendicite présente un intérêt de premier ordre.

La pneumatose est parfois le seul trouble digestif dont se plaignent les malades.

Exemple : X., jeune homme de 24 ans, Brésilien, se plaint d'avoir après chaque repas, de continuels *renvois d'air ;* ventre ballonné, sensation de trop plein, nécessité de desserrer ses vêtements après les repas, faiblesse des organes génitaux. Le malade prétend que tout cela provient d'un surmenage intellectuel exagéré. Il a fait à 20 ans ses examens de docteur en droit, à Rio. Dans ce cas, et si les examens sont quelque peu sérieux, l'atonie et la névrose de l'estomac se comprennent sans autre explication ; du reste, il ne présente d'autres symptômes neurasthéniques qu'un peu de fatigue cérébrale ; mais il peut encore fort bien travailler de la tête, et fait sans peine de grandes excursions pédestres.

La névrose de la sécrétion consistera en une hypersécrétion muqueuse ou en hyperacidité ; ou bien au contraire, et c'est certainement le cas le plus fréquent, en une diminution et même en une suppression complète de la sécrétion du suc gastrique : HCl., pepsine, ferment lab, tout manque. La névrose

peut donc très facilement en imposer pour un ulcère, un catarrhe, pour de l'atonie ou de l'atrophie de l'estomac.

Dans la neurasthénie gastrique, l'appétit persiste généralement ; mais la digestion est lente, paresseuse ; les malades ont une sensation de pesanteur après les repas, de tension désagréable à l'abdomen ; ils souffrent de ballonnement, de renvois fréquents et de nausées ; ils ont besoin de dormir après les repas, etc. Ils réunissent enfin tous les symptômes caractéristiques de l'atonie ; mais ce qui distingue l'atonie et la névrose simples de la neurasthénie, c'est que dans cette dernière, les malades ont une tendance à broyer du noir, à s'exagérer leurs souffrances ; ils sont hypocondres, inquiets, manquent complètement d'énergie ; ou bien, après avoir donné un coup de collier à leur moral, ils retombent dans un sombre abattement ; leur vigueur morale est de courte durée, et est vite remplacée par le découragement. C'est cette disposition toute particulière de prostration psychique qui est la marque de la neurasthénie, et qui fait défaut dans l'atonie simple et la névrose non neurasthénique.

On constate généralement dans l'atonie aussi bien que dans la neurasthénie *une diminution de la sécrétion du suc gastrique.*

Dans l'atonie, l'estomac peut ne pas être vide 7 heures après le repas d'épreuve, *mais on ne trouve*

jamais dans l'estomac à jeun des détritus alimentaires comme dans la dilatation. Lorsque l'atonie se complique de névrose, l'hypochlorhydrie peut faire place à l'hyperacidité chlorhydrique ; ces cas sont rares, et les névroses avec diminution de HCl., ou suppression du suc gastrique, sont certainement beaucoup plus fréquentes que les névroses avec hyperchlorhydrie.

L'apparition et la disparition brusque des phénomènes dyspeptiques sont un indice de la névrose ; mais ce n'est pas toujours la règle, tant s'en faut ; la suppression du suc gastrique due à la névrose peut même persister pendant des mois, et commander le diagnostic d'atrophie, ou même de cancer, d'autant plus que parfois l'état général du malade est de nature à autoriser toutes les suppositions.

Dans certains cas de névrose, les troubles dyspeptiques se montrent le matin à jeun ; c'est même le moment où ils atteignent leur maximum d'intensité ; puis ils s'atténuent et finissent par disparaître après le repas ; dans d'autres cas au contraire, les symptômes dyspeptiques ne se montrent qu'après le repas.

La dyspepsie atonique ne se manifeste qu'après l'ingestion des aliments, jamais à jeun, et ne s'accompagne pas de vomissements.

Il existe une forme de l'atonie nerveuse qui est une suite de fatigues, et qui est fréquente chez les dames du monde, ou chez les mères de familles surmenées

par les soins du ménage et l'éducation des enfants. Cette atonie se manifeste par de la lenteur dans la digestion et par des gastralgies; les douleurs de l'estomac s'irradient toujours dans le dos, où elles sont vivement ressenties; l'appétit est intact, la digestion, malgré sa lenteur, est assez bonne; pas de renvois ni de vomissements; tendance à la constipation; parfois un peu de pesanteur après le repas; mais ces malades se plaignent surtout de douleurs qui se montrent de 1 à 3 heures après le repas, et qui disparaissent à la fin de la digestion. Ces crises de gastralgie peuvent faire penser à un ulcère; mais la pression avec le doigt, qui augmente la douleur produite par l'ulcère, est sans effet sur la gastralgie nerveuse. Le repos et un régime approprié, aidé du traitement de l'atonie, ont du reste bien vite raison de cette névralgie.

Le caractère essentiel de l'atonie est d'être une maladie chronique dont les symptômes ne se montrent que pendant la digestion, et qui ne présente pas comme la névrose d'intermittence dans sa marche.

On remarque parfois, dans le cours d'une dyspepsie nerveuse, de violents accès de palpitations. Comme elles se déclarent brusquement soit à jeun, soit pendant la digestion, ces crises cardiaques, avec oppression, palpitations et douleur aiguë au cœur, ne sont pas sans inspirer une vive inquiétude au malade, bien qu'elles ne présentent aucun danger.

Exemple : Mme X. passe quelques semaines à Paris, où elle est surmenée de toutes façons : affaires importantes ; se couche tard ; prend ses repas irrégulièrement et à des heures insolites, et n'observe que très relativement le régime que nous lui avions prescrit pour une névrose de l'estomac compliquée d'atonie, et d'un commencement de dilatation. En rentrant un soir à l'hôtel, elle est prise brusquement de palpitations très violentes, *et d'une douleur intolérable au cœur;* puis elle tombe sans connaissance. Le médecin qu'on appelle aussitôt prescrit le repos, des sinapismes, et une potion bromurée.

Après trois jours de repos au lit, Madame X. revient à Genève. Nous constatons à l'examen que le pouls est calme, plein, régulier, bat 82 par minute ; cœur normal à l'auscultation. La pression du doigt occasionne dans le troisième espace intercostal une douleur très vive, avec menace de palpitations. Cette douleur peut être due à une névralgie intercostale, ou à un point hystérogène ; toutefois nous pensons plutôt qu'elle a son point de départ au cœur même. « Le cœur fatigué, d'après le professeur Peter[1], devient douloureux comme les muscles lombaires dans le lumbago. Je souffre du cœur disent les malades, et en réalité, ils souffrent de ce qu'on pourrait appeler une *gas-*

[1] *Leçon sur le cœur douloureux.* Semaine médicale, avril 1891.

tralgie cardiaque. La sensation de douleur s'accompagne de palpitations ou de ralentissement des contractions, suivant que le vague est en parésie ou excité. »

Les deux principaux caractères de la névrose gastro-intestinale sont :

1° L'intermittence dans les symptômes dyspeptiques, qui apparaissent et disparaissent en général brusquement, mais qui peuvent aussi adopter une marche chronique et durer pendant des mois sans aucun répit.

2° Le fait particulier et fort caractéristique que les troubles digestifs sont indépendants de l'alimentation. Tandis que dans l'atonie les aliments « lourds » pèsent à l'estomac, dans la dyspepsie nerveuse, ce sont souvent ces mêmes aliments qui se digèrent le mieux ; aussi les prescriptions d'un régime sévère sont-elles assez inutiles, et l'on doit plutôt insister pour que les malades évitent immédiatement avant le repas les contrariétés, et toutes les impressions morales désagréables, toute émotion et toute colère impressionnant beaucoup plus l'estomac nerveux que n'importe quel aliment.

Un troisième caractère de la névrose de l'estomac, sur lequel on insiste dans tous les livres de pathologie, est l'exagération des sensations morbides que les malades prétendent ressentir, avec une intensité que ne confirment pas les résultats de

l'examen objectif. Toutefois les troubles de la sécrétion et de la motilité sont loin d'être rares dans la dyspepsie nerveuse; aussi rencontrons-nous souvent la névrose et l'atonie réunies, et compliquées en même temps soit d'une hypo-sécrétion, soit d'une hypersécrétion du suc gastrique.

Dans l'hypersécrétion, les malades sont tourmentés par une faim insatiable, et qui n'est satisfaite que par l'ingestion d'aliments; le contraire a lieu s'il y a hypo-sécrétion gastrique.

La névrose se confond ainsi souvent avec l'atonie, dont elle finit par présenter tous les symptômes en perdant ceux qui lui sont propres, l'intermittence, et la disproportion entre les sensations subjectives et ce que l'on constate par l'observation objective. La dyspepsie nerveuse se rapproche d'autant plus de l'atonie, qu'elle est davantage l'expression d'un état dépressif de l'individu, et qu'en conséquence elle s'accompagne davantage aussi d'une diminution de la sécrétion gastrique. On remarque généralement que les dyspeptiques nerveux se plaignent presque toujours d'une grande dépression psychique, d'hypocondrie, etc.; de sorte qu'en fin de compte, la dyspepsie nerveuse nous paraît devoir être classée au même titre que l'atonie parmi les symptômes ou les manifestations de la neurasthénie, et on ne doit pas, pensons-nous, l'envisager avec Leube comme une maladie à part, *sui generis*.

En résumé, nous voyons que si les révélations fournies par l'examen du liquide gastrique ont simplifié le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac, il faut néanmoins, dans certains cas, se garder d'attacher une importance excessive aux résultats de l'analyse du suc gastrique. Nous avons vu en effet que cette analyse pouvait induire en erreur, et être la cause de confusions regrettables.

Il y a quinze ans, lorsque l'on eût l'idée de retirer le contenu de l'estomac et d'en faire l'analyse, l'enthousiasme fut grand, et l'on était arrivé à croire que ce nouveau procédé d'investigation rendrait superflu tout autre examen du malade; que le diagnostic des affections de l'estomac n'offrirait plus aucune difficulté, et que toutes les hésitations seraient vite et définitivement tranchées par les données de l'analyse faite au laboratoire. Malheureusement la réalité ne répondit pas à cet idéal, et il a fallu abandonner une bonne part de ces espérances un peu exagérées. Nous devons néanmoins admirer les beaux et persévérants travaux qui ont été faits, pour aplanir les difficultés parfois inextricables que rencontrait le médecin en présence d'une dyspepsie.

Il est permis de dire qu'il y a 15 ou 20 ans nous ne savions traiter les dyspepsies qu'en empiriques, tant nos moyens de diagnostic étaient insuffisants, et tant étaient peu sûres nos connais-

sances en physiologie et en pathologie des organes digestifs. Un incontestable progrès a été obtenu, et nous devons une grande reconnaissance aux chercheurs et aux travailleurs patients, qui se sont efforcés d'élucider ces questions si complexes, si obscures, et souvent si embrouillées. Mais si nous n'avons plus les ténèbres épaisses d'antan, les travaux modernes, quelque brillants qu'ils soient, ne nous ont cependant pas apporté une clarté telle que le diagnostic des différentes affections de l'estomac et des intestins soit d'ores et déjà soumis à des règles précises, bien nettes et bien définies, et que l'analyse du suc gastrique, et les déterminations de la force motrice de l'estomac, aient mis fin à toute possibilité d'erreur.

C'est ainsi que l'examen, qui constate l'état de la sécrétion gastrique, ne nous renseigne en rien sur l'état anatomo-pathologique de l'estomac. En effet ici encore, comme dans tout l'organisme, un simple trouble nerveux fonctionnel peut simuler n'importe quelle maladie organique ; de sorte que, malgré les examens les plus minutieux et les analyses les plus délicates, nous pouvons être fort embarrassés de savoir si nous avons affaire à un cancer, par exemple, ou simplement à une névrose, ou à une neurasthénie gastrique. Les diagnostics de cancer, quand il n'y a que de la neurasthénie, et vice-versa, ne sont pas si rares qu'on

pourrait le supposer; et les méprises furent même fréquentes pendant quelque temps, alors que l'on croyait avoir trouvé un signe pathognomonique du cancer dans la disparition de l'acide chlorhydrique. Il en est de même de la neurasthénie de l'intestin avec névrose du sympathique. En pareil cas, le malade peut présenter tout un cortège de symptômes de neurasthénie grave (affaiblissement de l'état général, amaigrissement progressif, nutrition insuffisante, etc.), parmi lesquels prédomine une diarrhée profuse et persistante [1]. Or les cancers de l'intestin donnent presque toujours lieu à de la diarrhée chronique; aussi l'indécision est-elle souvent fort compréhensible, jusqu'au moment où apparaissent certains symptômes insolites, tel que l'entéror-

[1] Chez quelques personnes à prédisposition neurasthénique, nous avons vu se déclarer un état intestinal caractérisé par des diarrhées fréquentes, de l'amaigrissement et un état d'affaiblissement général qui avaient résisté à plusieurs cures d'eaux minérales, et à tous les médicaments que l'on prescrit contre la diarrhée. Et cela n'avait rien d'étonnant, la diarrhée ayant pour cause l'usage exagéré du vin blanc que ces pseudo-malades avaient l'habitude de prendre aux repas, et trop souvent aussi en dehors des repas, et en quantité relativement modérée, mais encore trop grande pour la susceptibilité de leur intestin. Cet état se présente assez souvent dans nos pays, où le goût du « petit blanc » est entré peut être un peu trop dans les mœurs et les habitudes de la population. La suppression du vin blanc amenait aussitôt la disparition de la diarrhée et de l'amaigrissement qui la suivait.

ragie, ou des phénomènes d'obstruction intestinale. Quand le cancer de l'intestin englobe l'extrémité du canal cholédoque, l'ictère se manifeste aussitôt, et ne rétrograde plus.

En somme, rien d'étonnant à ce que dans certains cas, on puisse hésiter entre le diagnostic de neurasthénie et celui du cancer. En effet, la neurasthénie avec sa marche lente et chronique, attaquant les sources même de la nutrition, diminuant tous les échanges vitaux, peut plonger le malade dans un état cachectique absolument semblable à celui qui caractérise le cancer. Nous constatons alors de la dilatation de l'estomac avec inappétence, et apepsie, disparition de HCl. et du lab, ce qui constitue tous les symptômes d'une affection organique grave, comme le cancer ou l'atrophie.

La diminution de la quantité de l'urée, sur laquelle le professeur Rommelaere insiste particulièrement, n'est nullement un signe de la diathèse cancéreuse, ainsi que le pensait ce médecin distingué; ce fait s'observe aussi dans la neurasthénie. Le professeur v. Ziemssen a signalé un état particulier et assez fréquent de la neurasthénie intestinale, sur lequel nous pensons utile d'appeler l'attention, car cette manifestation de l'épuisement nerveux est encore peu connue.

Les muscles de l'intestin atonique peuvent être atteints d'atrophie. Cette atrophie est généralement

compensée par l'hypertrophie des parties situées au-dessus.

Cette compensation toutefois ne suffit pas toujours à éviter les stagnations des matières, la production de gaz, et le tiraillement de la séreuse qui en sont la conséquence. C'est ce qu'on remarque souvent dans l'atonie du colon. On observe alors toute une série de symptômes morbides à forme périodique, très variables dans leur intensité, et arrivant brusquement sans cause appréciable. Les mêmes phénomènes s'observent dans certains cas de névrose ou d'atonie de l'estomac qui, lui aussi, peut être atteint de crises gastralgiques à marche intermittente, et s'accompagnant de troubles violents de la digestion, ayant presque toujours l'allure et la marche d'une grave indigestion.

La crise intestinale est caractérisée par des accès de coliques excessivement douloureuses, avec température élevée, grande sensibilité du ventre, vomissements, prostration, collapsus même; puis ces symptômes angoissants disparaissent généralement après quelques heures ou quelques jours sans laisser de traces. Toutefois, si ces accès se répètent fréquemment, ils finissent par produire un amaigrissement et une faiblesse générale tels, qu'on est tenté de penser à une stricture carcinomateuse ou cicatricielle du colon.

C'est la marche de la maladie, et les résultats

du traitement qui éclaireront le diagnostic, et dénoteront la nature nerveuse du mal. Le rein mobile peut aussi s'accompagner de crises gastriques et intestinales, qui simulent les crises essentielles qu'on observe chez les neurasthéniques et les hystériques. Ces crises peuvent même être confondues avec un empoisonnement ou des coliques hépatiques.

Dans ces divers cas, ce n'est donc ni l'examen du patient, ni l'analyse du suc gastrique qui peuvent nous renseigner avec certitude, mais bien l'observation suivie du malade, et surtout les résultats de la thérapeutique. Inutile d'ajouter, que la présence d'une tumeur tranche toute difficulté; mais ce cas-là n'est pas le plus fréquent, tant s'en faut.

Si l'analyse seule du suc gastrique ne nous donne que les indices d'une maladie possible, probable souvent, il n'en est pas de même du *lavage après le repas d'épreuve,* que nous regardons comme ayant plus de valeur que l'analyse du suc gastrique; car il nous renseigne exactement sur la puissance motrice de l'estomac, et sur le degré de tonicité de ses fibres musculaires. C'est certainement l'examen le plus important et le plus utile.

Si les résultats de l'analyse du suc gastrique sont restreints, et si cette nouvelle méthode de diagnostic n'a pas entièrement répondu à ce que l'on attendait d'elle; si de plus elle a moins d'importance que le lavage de l'estomac après le repas d'épreuve, cela

tient pour une bonne part à ce que les dyspepsies nervo-motrices sont beaucoup plus fréquentes que les dyspepsies chimiques ; *autrement dit, que la neurasthénie, ou l'atonie gastrique, est de toutes les maladies de l'estomac celle qu'on rencontre de beaucoup le plus souvent.*

L'examen méthodique d'un malade, atteint d'une affection de l'estomac ou des intestins, doit comporter :

1. *L'anamnèse,* l'étiologie possible de la maladie : tuberculose ou maladie du cœur et des reins, dont la dyspepsie constitue parfois au début le seul symptôme ; affections utérines ; goutte ; alcoolisme ; excès de tous genres ; pertes séminales ; neurasthénie et hystérie ; soucis ; chagrins ; tout ce qui est de nature à déprimer le système nerveux ; abus du tabac ; intoxication par la morphine ; enfin maladie de Basedow.

2. *La palpation et la percussion* qui nous renseignent sur le degré de sensibilité de l'estomac, sur la position et la dimension du viscère, dont on se rendra facilement compte, si l'on provoque préalablement une dilatation artificielle par l'acide carbonique, en employant de fortes doses pour obtenir le degré de distension voulu : pour l'homme adulte, 7 grammes de bicarbonate de soude et 6 grammes d'acide tartrique, et 6 et 5 grammes pour la femme. Ce mode d'examen est à recommander dans les cas de diagnostic douteux, où il peut être difficile de

savoir si l'on a affaire à une tumeur, à une dilatation simple, ou à des adhérences de l'estomac avec les organes voisins. On aura soin, en faisant la palpation, de ne pas enfoncer les doigts dans le ventre, mais de passer lentement le plat de la main de haut en bas sur la région épigastrique.

On pourra sentir ainsi les parois de l'estomac et les délimiter facilement; elles sont reconnaissables à leur tension égale et à leur résistance particulière, que Bamberger a judicieusement comparées à la résistance qu'oppose un coussin rempli d'air.

3. *Point des plus importants, la détermination de l'activité spécifique, chimique et mécanique de l'estomac.*

Tels sont les principes qui seuls permettent un diagnostic vraiment scientifique, et par suite un traitement rationnel.

Si l'on n'a pour diriger son traitement que l'exposé fait par le malade de ses symptômes subjectifs, les prescriptions thérapeutiques n'auront pas d'autre valeur que celle que le hasard voudra bien donner.

L'examen méthodique au moyen de la sonde comporte deux indications principales, qui permettent de se rendre compte de la durée de la digestion et du degré de force nervo-motrice de l'estomac.

Dans ce but on pratique le lavage de l'estomac sept heures après le repas suivant :

une soupe à l'orge, un beefsteak, un petit pain, deux verres d'eau. Si la digestion se fait normalement, ce repas est entièrement digéré en sept heures, et le liquide retiré de l'estomac en sort clair et sans détritus alimentaires.

Si l'estomac, sept heures après le repas d'épreuve, ou à jeun surtout, contient encore des débris d'aliments, nous avons affaire à des troubles sérieux et profonds de la digestion, à une dilatation fort avancée ou à une hystérie grave, avec atonie invétérée de l'estomac.

Dans la dilatation vraie, lorsqu'après le repas, la grande courbure atteint ou dépasse le nombril, l'estomac n'est jamais entièrement vide, même à jeun. La vraie dilatation est caractérisée par la position déclive de l'estomac; par la sensation d'un coussin d'air que l'on ressent en promenant la main dans la région de l'estomac; par des vomissements qui, du reste, manquent souvent quand la dilatation ne résulte pas d'une sténose pylorique; et par la présence d'aliments dans l'estomac à jeun : tels sont les symptômes qui différencient la vraie dilatation de la fausse, autrement dit de l'atonie. Dans ce dernier cas les vomissements font toujours défaut; l'on ne trouve jamais d'aliments dans l'estomac à jeun, et la grande courbure ne descend pas à deux centimètres au-dessus du nombril.

Toutefois, l'atonie peut être envisagée comme une

dilatation atténuée, un premier degré de dilatation, un état de distension musculaire sans les symptômes propres à la dilatation : l'ectasie et l'hypertrophie des parois. Mais il est de la plus haute importance de reconnaître le plus tôt possible cet état atonique, afin d'éviter par un traitement approprié le développement d'une dilatation vraie, toujours possible. L'atonie de l'estomac est une affection à laquelle il est relativement facile de remédier ; la dilatation est excessivement tenace, presque incurable, et nous n'avons plus à lui opposer que des palliatifs.

L'usage de la sonde stomacale s'accompagne parfois, (bien rarement il est vrai, puisque nous ne l'avons vu se produire qu'une fois), d'une sorte de syncope qui se déclare brusquement au moment où la sonde a pénétré dans l'estomac. Chez le malade où nous avons constaté ce phénomène, l'introduction de la sonde molle se fit assez facilement ; mais à peine allions-nous commencer le lavage, que le malade s'affaissait sans connaissance. Nous nous empressâmes de retirer la sonde, et après avoir couché le malade, nous pratiquâmes d'énergiques frictions à la serviette mouillée, qui suffirent pour faire revenir bien vite le malade à lui.

Il s'agissait évidemment d'une action réflexe vago-sympathique, que l'on voit aussi parfois se produire chez des personnes très sensibles, quand, par exem-

ple on pratique pour les premières fois la galvanisation du ventre et de l'estomac. Nous n'avons jamais vu ce phénomène apparaître par la faradisation, ni par l'électricité statique; de sorte que nous admettons plus volontiers l'hypothèse d'une action réflexe opérée par le courant galvanique ou par la sonde, que celle qui mettrait le vertige ou l'évanouissement sur le compte de l'émotion ou d'une défaillance nerveuse provoquée par la peur.

Quoi qu'il en soit, il ressort de ce fait, quelque rare qu'il soit, qu'il est toujours prudent de surveiller de très près les premières introductions de la sonde dans l'estomac. Quand on pratique le lavage, d'après la méthode usitée actuellement, au moyen du tube syphon, et qu'on veut faire ressortir le contenu de l'estomac par expression, il arrive parfois que rien ne sort malgré tous les efforts du patient.

Ce fait *exclut d'emblée tout soupçon de dilatation*; car s'il y avait ectasie gastrique, le contenu toujours très liquide sortirait très facilement, et presque avec impétuosité. Il faut alors recommander au malade de mettre en action les muscles du ventre, de faire des efforts comme il en fait à la garde-robe, pendant qu'on imprime à la sonde des mouvements alternatifs de va-et-vient. Si, malgré ces manœuvres le contenu de l'estomac ne sort pas, nous amorçons avec la pompe en faisant le vide dans le tube et en aspirant le liquide; mais ce moyen n'est guère pratique,

et son utilité est fort restreinte. Au surplus, généralement après quelques tentatives, et avec un peu d'habitude, le malade arrive facilement et assez vite à faire ressortir, par simple expression, le contenu de l'estomac. C'est au moins ce que nous avons toujours observé, même dans les cas d'atrophie ou de catarrhe, où le contenu de l'estomac est épais, visqueux, se colle à la sonde, et en obstrue l'orifice ; même en ces cas-là on finit toujours par obtenir quelques centimètres cubes de liquide, qui suffisent pour un examen sommaire.

Ainsi lorsque sept heures après le repas d'épreuve, l'eau du lavage ressort claire, nous pouvons en conclure que l'activité motrice de l'estomac est suffisante. Reste à savoir si la transformation chimique des aliments est normale ; c'est ce dont nous renseignera l'analyse du suc gastrique. Mais cette analyse seule n'a qu'une valeur relative, *l'important étant de savoir quand le chyme passe de l'estomac dans l'intestin.* L'estomac en effet ne joue pas très probablement le rôle aussi important qu'on lui prêtait autrefois, et les travaux modernes tendraient à accorder à l'intestin une beaucoup plus grande part dans l'acte de la digestion. L'estomac y coopérerait surtout par son action désinfectante et antiseptique due à l'acide muriatique ; cet acide préserverait l'intestin de l'infection bactéridienne. Mais cette hypothèse nous paraît un peu subtile, dans tous les cas très hasar-

dée; d'autant plus que les expériences faites à ce sujet sont loin d'être concordantes, et ne permettent pas encore de conclure que l'estomac n'est qu'un simple réservoir destiné à fournir à l'intestin une nourriture stérilisée.

Le fait, que le suc gastrique « digère » artificiellement la fibrine et l'albumine, prouve clairement que l'acide chlorhydrique n'est pas un simple antiseptique, mais qu'il forme avec la pepsine et le lab un « suc » qui digère et transforme les matières azotées. Cela est d'autant plus certain que si le liquide stomacal obtenu par expression ne contient pas de pepsine ni de HCl., la digestion artificielle de la fibrine ne se fait plus, quand on cherche à l'obtenir au bain-marie.

On peut donc tirer de ces faits une première règle importante, c'est que lorsque l'estomac est vide sept heures après le repas d'épreuve, les troubles dyspeptiques accusés par le malade ne sont pas dus à une insuffisance motrice ; en un mot, que le malade n'est atteint selon toute probabilité, ni d'un cancer du pylore, ni d'atrophie, ni de dilatation, et que le diagnostic a toute chance de rester limité entre les névroses de l'estomac, le catarrhe ou l'hyperacidité à ses débuts[1],

[1] L'hyperchlorhydrie, la maladie de Reichmann comme on l'a appelée, n'est pas elle-même une maladie *sui generis;* mais elle doit être envisagée, à notre avis, comme une manifestation nerveuse, une névrose de l'estomac avec production

Mais à la longue ces deux dernières affections entraînent fatalement à leur suite la dilatation et l'insuffisance motrice.

Les névroses de l'estomac sont aujourd'hui si fréquentes qu'elles constituent à elles seules la moitié des dyspepsies au moins. Leurs manifestations sont si diverses, si variées, et si nombreuses, que quelques médecins ont même proposé à tort, selon nous, d'en faire une description spéciale, en y consacrant un chapitre à part, dans les traités des maladiesdu système nerveux.

Tels sont les cas types.

La dilatation vraie, complète, et l'atrophie des glandes à suc gastrique s'accompagneront toujours d'une digestion très retardée ; l'estomac ne sera pas vide sept heures après le repas d'épreuve, et pourra même dans les cas extrêmes, renfermer encore des aliments le matin à jeun. Il n'en est pas de même

exagérée de HCl.; elle est le contraire de la névrose qui simule l'atrophie. L'hyperchlorhydrie est assez rare pour être fréquemment méconnue ; on la confond aussi avec la lithiase biliaire, avec l'hypochlorhydrie, ou des troubles cardiaques. On comprend que suivant l'erreur, les traitements employés se montrent inefficaces, ou même dangereux. Ce sont des faits qui démontrent la nécessité absolue dans certains cas de l'examen du suc gastrique. Il ne faut pas oublier toutefois que l'hypochlorhydrie est parfois la conséquence d'une crise gastrique d'hyperchlorhydrie, surtout quand, et c'est généralement le cas, le malade a été traité par les narcotiques.

dans l'atonie ; ici, la digestion, tout en étant lente et accompagnée d'une sensation de pesanteur, de poids, avec douleur plus ou moins prononcée, se fait encore dans un laps de temps normal ou à peu près ; c'est-à-dire que l'estomac à fini sa digestion sept à huit heures après le repas d'épreuve.

Il est toutefois extrêmement important de traiter à ce moment, et avec toute la rigueur possible, ces premières manifestations de la neurasthénie gastrique ; et cela, afin d'empêcher le développement toujours possible de la dilatation, dont l'atonie n'est en somme que la première étape. Nombreux sont les cas d'atonie neurasthénique qui dégénèrent en dilatation, soit parce que les soins ont été trop tardifs, soit aussi parce que le diagnostic faisant défaut, le traitement avait été mal dirigé. C'est ainsi que nous avons à citer en première ligne l'usage intempestif et abusif des eaux minérales, et la diète lactée, qui ne font que hâter la marche de l'atonie vers sa terminaison finale, la dilatation.

Le catarrhe de l'estomac dans ses premières périodes n'entraîne pas forcément un retard dans la digestion ; mais la diminution de HCl., et l'hypersécrétion muqueuse ont pour conséquence une production exagérée de gaz, qui à la longue finissent naturellement par produire une distension, puis une dilatation gastrique avec ralentissement de la digestion.

Il serait donc préférable de supprimer tout diagnostic de mots, pour s'en tenir à l'exposé du résultat de l'analyse constatant la qualité du suc gastrique, et surtout l'état de la force nervo-motrice de l'estomac.

Cette manière de faire, qui ajouterait, au diagnostic de l'atonie, la durée de la digestion, et les conditions du suc gastrique, serait incontestablement plus scientifique, partant plus utile, puisqu'elle permettrait d'instituer une thérapeutique fondée sur l'ensemble des données physiques et chimiques fournies par l'examen.

Seul, en effet, le traitement qui tient compte à la fois de la composition du suc gastrique et de la réaction musculaire de l'estomac est vraiment rationnel et efficace. Mais dans le traitement de toutes les affections des voies digestives, et plus particulièrement dans celui de l'atonie gastro-intestinale, il ne faut jamais oublier de tonifier le plus possible l'état général, de remonter les forces nerveuses affaiblies ou épuisées, et d'agir pour le moins autant en vue de ranimer l'élément nervo-moteur que d'augmenter la sécrétion gastrique.

Quelques cas d'atonie et de névroses de l'estomac.

M^lle^ X., 22 ans, anémique et nerveuse, tendance à la neurasthénie, faiblesse générale, menstruation

irrégulière, se plaint de céphalalgie, d'inappétence, de constipation, de renvois, de ballonnement après les repas avec lenteur de la digestion, de douleurs le long du dos, plus particulièrement entre les épaules, d'envie de dormir après avoir mangé, et de bouffées de chaleur à la tête. HCl = 0,0516; peptonisation lente mais complète; pas d'acides organiques; l'estomac est vide huit heures après le repas d'essai.

Diagnostic. Dyspepsie par atonie, et insuffisance du suc gastrique.

Traitement. Tinctur. nucis vomic, et tinctur. rhei vinosi[1]; frictions au drap mouillé pratiquées le matin au sortir du lit; puis douches en jet brisé de 22° à 14° et 10° C. pendant 15 secondes; le soir une douche chaude sur le ventre (de 32° à 40° et 43° C.) suivie d'une douche froide sur tout le corps. Régime approprié, cure de repos en plein air, vie calme et tranquille, distractions modérées. Guérison complète après six semaines. La sécrétion du suc gastrique se fait de nouveau normalement.

[1] Nous employons très volontiers la noix vomique dans le traitement de l'atonie gastro-intestinale, et sous la forme suivante :

Rp. tinctur. nucis vomic.	. . . . .	4 à 5 gr.
» rhei vinosi	. . . . .	15 »
» Cort. aurant.	. . . . .	10 »

25 à 30 gouttes avant les repas. On augmente ou diminue la quantité de la teinture de Rhubarbe suivant le degré d'atonie de l'intestin.

Mlle X., 25 ans, névropathe et neurasthénique ; symptômes d'atonie. HCl. = 0,0670 ; peptonisation lente ; pas d'acides organiques, pas de dilatation ; 8 heures après le repas d'épreuve le liquide qu'on retire de l'estomac est clair, et ne contient pas de détritus alimentaires.

Traitement. Drap mouillé au sortir du lit, galvanisation centrale et faradisation de l'estomac avec le pinceau métallique ; plus tard douches chaudes et froides sur l'estomac, puis douche froide sur tout le corps. Régime alimentaire de l'atonie, cure de repos. Guérison rapide.

Mlle X., 28 ans, troubles dyspeptiques, constipation opiniâtre et éructations fréquentes, tension et ballonnement du ventre. Une à deux heures après les repas, douleur à l'épigastre s'irradiant dans le dos et les reins, parfois gastralgies violentes d'origine nerveuse. La diminution de HCl., et le retard de la peptonisation permettent d'exclure l'ulcère. L'irradiation des douleurs dans le dos et dans les reins n'est pas un symptôme propre à l'ulcère, ainsi que quelques auteurs le prétendent ; mais elle peut s'observer dans toutes les douleurs névralgiques de l'estomac. D'après Leube *(Specielle Diagnose der inneren Krankheiten)*, la douleur de l'ulcère présenterait cela de particulier que son intensité varierait avec la position du malade. L'ulcère s'accompagne en outre presque toujours de vomisse-

ments, ce qui ne se remarque pas dans l'atonie, ni chez notre malade, qui n'a jamais eu de vomissements ni même de nausées.

HCl. égale 0,0255. Un morceau de fibrine gros comme une petite noisette, chauffé au bain-marie avec 15 cc³ de liquide gastrique ne disparaît qu'au bout de 40 minutes, tandis que 15 à 20 minutes auraient suffi au suc gastrique normal pour digérer la même quantité de fibrine; pas d'acides organiques, pas de dilatation; l'estomac n'est vide que de 8 heures à 8 h. ½ après le repas d'épreuve.

Diagnostic. Atonie de l'estomac et névrose de la sensibilité.

Traitement. Régime de l'atonie, galvanisation et faradisation de l'estomac, massage du ventre, drap mouillé le matin au lit; plus tard le maillot pendant 30 à 50 minutes, suivi de la douche froide; puis la douche chaude dirigée sur l'estomac pendant 2 à 3 minutes, et suivie d'une douche froide générale de 10 secondes. Cure de repos, séjour constant en plein air, distractions reposantes et saines, etc. A l'intérieur, gouttes de noix vomique alternant avec le sirop d'hypophosphites. Après une cure de deux mois à Nice, la malade quitte l'établissement, se disant guérie. La sécrétion du suc gastrique est devenue à peu près normale; les gastralgies ont cessé, et le repas d'épreuve est digéré dans l'espace de 7 h. ½ à 7 h. ¾.

M. X., 34 ans, a toujours été fort bien portant; et a toujours joui d'un grand appétit et d'un excellent estomac. Dans sa famille, quelques parents nerveux et neurasthéniques; lui-même est un peu timide, et aurait toujours eu une certaine tendance à l'hypocondrie ou plutôt au pessimisme. Après quelques ennuis et des contrariétés provenant d'un mariage manqué, M. X. a éprouvé un sentiment de lassitude générale; il remarque qu'il se fatigue vite en marchant, lui qui était jusqu'alors habitué, comme chasseur, aux longues marches; puis la lassitude gagne la tête; le malade a de la difficulté à se livrer à un travail intellectuel de quelque durée; toute tension d'esprit le fatigue outre mesure, et lui donne comme la sensation d'un casque lourd sur la tête; il ne peut supporter aucune contrariété; son caractère s'est assombri et est devenu très irritable; il se plaint de vertiges et d'insomnies pénibles, mais l'appétit et la digestion sont toujours très satisfaisants. Cet état dure depuis un peu plus d'une année avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Le médecin ordinaire prescrit des bromures, de la valériane et des distractions. L'état général neurasthénique s'accentue malgré les distractions et plusieurs voyages, qui, au lieu d'apaiser l'irritation nerveuse, ne font que l'augmenter en fatiguant le malade outre mesure. C'est alors qu'apparurent les troubles dyspeptiques caractérisés par les

symptômes atoniques classiques de la neurasthénie. Malheureusement on ne sut pas reconnaître cet état, et le malade devint de plus en plus dyspeptique; jusqu'au moment où, plongé dans le noir le plus complet, il alla consulter le professeur Charcot, qui découvrit une atonie neurasthénique et un degré assez avancé de dilatation, et qui nous envoya ce malade. Lors de son arrivée à Champel, l'appétit était conservé; mais la digestion laborieuse et suivie de renvois, de gonflement et de poids à l'estomac; la constipation était intense, et le malade plongé dans le plus profond découragement. Le régime, le repos, le traitement psychique, le massage, l'hydrothérapie et l'électricité finirent, non sans peine il est vrai, par triompher de cette dyspepsie nerveuse grave, et qui n'était pas loin d'entrer dans la voie de l'incurabilité.

Ce cas nous semble démontrer assez péremptoirement que la neurasthénie est bien la cause et non l'effet de la dyspepsie. La marche du mal est frappante; ce n'est qu'après une année de neurasthénie que se présente la dyspepsie chez une personne nerveuse par hérédité, il est vrai, mais qui jusqu'alors avait joui d'une digestion parfaitement normale. On ne peut certes invoquer ici une neurasthénie par auto-intoxication.

M^lle^ X., 32 ans : Petit appétit; elle est vite rassasiée; se plaint de douleurs à l'épigastre, de constric-

tion à la gorge, d'étouffements, de constipation, de fréquents vomissements ; elle a eu des attaques de nerfs, et présente encore de l'ovarie, des crises violentes de céphalalgie[1] ainsi qu'une extrême variabilité d'humeur. Estomac vide sept heures après le repas; HCl. égal 0,0248; peptonisation quelque peu retardée, ne se terminant qu'après 30 minutes.

[1] La céphalalgie *(clavus)* est parfois si violente et peut s'accompagner de vomissements si fréquents et d'une fièvre si intense, qu'elle en a souvent imposé pour une méningite. Le Dr Sollier* a rapporté le cas d'une petite fille de cinq ans, chez laquelle on avait diagnostiqué une méningite tuberculeuse, et qui n'avait qu'une pseudo-méningite hystérique; cas rare, car en général la pseudo-méningite hystérique n'attaque guère que les adultes. Le diagnostic différentiel se base sur la marche progressive et sans rémission de la méningite tuberculeuse avec le stade prodromal bien connu. La méningite hystérique apparaît brusquement au contraire, et procède par crises, par soubresauts ; la température peut s'élever au-dessus de 39° C., mais ne dépasse pas volontiers 38,6.

La constatation de la température est importante à faire; mais il ne faut pas oublier que la fièvre n'est pas incompatible avec l'hystérie tant s'en faut, les centres thermiques n'échappant pas eux non plus aux fluctuations de la névrose.

Les cas de fièvre hystérique seraient certainement plus fréquents, s'ils n'étaient généralement méconnus.

Voici par exemple une femme nerveuse, sujette aux crises et très impressionnable; elle soigne trois parents atteints de typhus et se surmène beaucoup, tout en étant très impressionnée par la maladie. Elle est prise *subitement* de tous les symptômes de la fièvre typhoïde (fièvre, céphalée, courbature,

* P. Sollier, *Hystérie infantile* dans France médicale, 2 janvier 1891.

Diagnostic. Etat hystérique et dyspepsie nerveuse.

Le traitement consiste en applications de draps mouillés et de maillot, suivi de la piscine froide, et alternant avec les demi-bains refroidis ; pas de

diarrhée, épistaxis), mais il manque la prostration et les urines restent nerveuses, c'est-à-dire claires et abondantes.

Le début brusque de la maladie est très caractéristique, et parle pour l'hystérie; c'est un symptôme qui doit largement peser dans la balance du diagnostic, lorsqu'on a des raisons d'hésiter entre l'hystérie ou une affection organique. Nous avons vu des cas où une erreur de diagnostic et de pronostic, toujours préjudiciable au médecin, aurait été certainement évitée, si l'on avait tenu compte du début brusque de la maladie, et si l'on avait donné à ce symptôme l'importance qu'il mérite. Le meilleur traitement, sinon le seul de la céphalée nerveuse et neurasthénique, est le *massage par effleurement* de la tête, qui produit un effet magnétique (?) ou suggestif parfois vraiment extraordinaire. Nous avons fait disparaître par ce moyen bien simple des céphalalgies excessivement violentes, qui duraient depuis plus de 24 heures, que rien jusqu'alors n'avait pu arrêter, et qui occasionnaient aux malades de vraies crises de désespoir.

La fatigue des yeux est parfois une complication qui, lorsqu'elle peut être éliminée, simplifie beaucoup le traitement de la fatigue cérébrale. Mosso rappelle le cas d'un de ses amis * qui se traitait à l'arsenic pour un mal de tête qui le tourmentait très péniblement depuis un an environ. En consultant un collègue, il lui vint subitement à l'esprit qu'il s'était fatigué la vue, et qu'il était atteint d'une presbytie précoce; il cessa l'usage de l'arsenic, s'acheta une paire de lunettes, et fut subitement guéri de son mal de tête.

* *La fatigue intellectuelle et physique* par Mosso.

douches, car la malade est trop facilement agitée et beaucoup trop impressionnable.

Guérison rapide de tous les phènomènes dyspeptiques et nerveux.

M. X., 26 ans, très nerveux et impressionnable, se plaint d'anorexie, de palpitations, d'oppression après les repas, avec sensation de poids et de pesanteur à l'estomac. La palpation à l'épigastre produit une douleur assez violente. Sept heures après le repas d'épreuve, détritus alimentaires ramenés par la sonde; HCl. en diminution; acide lactique en assez grande quantité; le papier Congo plongé dans le liquide gastrique devient bleu noir; mais les réactions à la phloroglucine-vanilline et au papier de tropéoline, sont à peine accusées; ce qui prouve que, si l'affirmation de Riegel concernant le papier Congo peut être vraie dans certains cas, elle est certainement sujette à des exceptions.

Diagnostic. Atonie et léger degré de dilatation. *Traitement:* Régime, électrisation, douches chaudes suivies de piscines froides. Guérison après huit semaines.

M. X., 45 ans, souffre de l'estomac depuis plusieurs années; l'appétit est conservé, mais les aliments ne passent que lentement et difficilement; vomissements, mais peu copieux; nombreux détritus alimentaires dans l'estomac le matin à jeun.

Le contenu de l'estomac ne ressort qu'avec peine.

HCl. = 0, peptonisation nulle; la fibrine reste dans le liquide gastrique au bain-marie, absolument comme si ce liquide n'était que de l'eau. Le ferment lab manque aussi. De temps en temps le malade a de petits vomissements glaireux. On remarque sur le filtre des mucosités et des restes d'aliments non digérés. L'iode n'apparaît dans la salive que $^3/_4$ d'heure après l'ingestion de 20 centigr. de iodure de potassium, la durée normale étant de 10 à 15 minutes; pas d'acides organiques; état général relativement satisfaisant.

Diagnostic. Catarrhus ventriculi atrophicans et léger degré de dilatation.

M. X., 40 ans, se plaint de troubles dyspeptiques caractérisés par des renvois, et une sensation de plénitude et de pression à l'estomac après avoir mangé. Symptômes prononcés de neurasthénie; grand amaigrissement et fatigue générale; urine normale; pas de suc gastrique, peptonisation nulle. Estomac vide 9 heures après le repas d'épreuve.

Diagnostic. Neurasthénie gastrique avec suppression du suc gastrique, et conservation relative de l'activité motrice. La digestion se fait par les intestins, et les troubles dyspeptiques de l'estomac persistent jusqu'au moment où le bol alimentaire quitte ce viscère.

Traitement. Maillot suivi de douches froides, puis douches chaudes de 36° à 45° pendant une

à deux minutes, et suivies d'une douche froide de 18° à 14° et 10° C. pendant 10 secondes; Galvanisation centrale d'après la méthode de Beard; faradisation au pinceau métallique et massage électrique.

Amélioration notable après 6 semaines.

M. X., 35 ans, accuse une sensation de trop plein après les repas; a des renvois acides sans mauvaise odeur; pression et douleur légère à l'épigastre; appétit conservé; selles régulières; estomac non dilaté.

HCl. en quantité normale; digestion normale; pas d'acides organiques.

Diagnostic: Légère atonie et névrose de l'estomac.

Les renvois sont d'origine réflexe, et composés d'air avalé, et non de gaz de fermentation. Ce malade avait été traité par des lavages de l'estomac, ce qui était parfaitement inutile, puisque son estomac ne présentait ni fermentation ni dilatation.

Le traitement, qui consista en frictions au drap mouillé, douches écossaises et faradisation de l'estomac, amena en quelques semaines une guérison complète.

Il est clair que dans tous les cas d'atonie et de névrose de l'estomac, la thérapeutique qui se basera sur l'état du suc gastrique, et celui de la force nervo-motrice, aura bien plus de chances d'être efficace, que celle qui sera soumise aux hasards des hypothèses que peut inspirer le terme vague de dyspepsie. En tout cas, il nous semble indispensable aujourd'hui

d'indiquer, dans le diagnostic, si la dyspepsie, autrement dit les troubles digestifs, est due à l'hyperchlorhydrie ou à l'insuffisance du suc gastrique, et si elle s'accompagne ou non de dilatation ou d'atonie.

Nous ne devons plus, en un mot, nous contenter d'un diagnostic approximatif; mais, mettant à contribution dans toute leur rigueur les méthodes d'examen actuelles, nous avons à nous rendre compte, non seulement du degré de la sécrétion gastrique, mais encore de la capacité motrice de l'estomac. C'est alors seulement que nous pourrons construire un plan thérapeutique vraiment rationnel, et qui atteindra, dans les limites du possible, un maximum d'efficacité; tandis que, si l'on se contente d'agir d'après les données subjectives du malade, on ne marchera qu'en tatonnant, sans sécurité, sans conviction; et l'on s'exposera à prescrire, ainsi que nous l'avons vu, la diète lactée à un malade dilaté, dont l'estomac ne secrète plus ni suc gastrique, ni ferment de la caséine.

Les dyspepsies mixtes ou frustes, atoniques avec troubles de la sécrétion, sont certainement, de toutes les manifestations morbides de l'estomac, de beaucoup les plus fréquentes, et méritent à ce titre d'être décrites comme un type à part. Ces dyspepsies sont le plus souvent un symptôme de la neurasthénie, ou d'un simple épuisement de l'organisme; elles peuvent être la conséquence de tout surmenage mo-

ral ou physique, ou de quelque maladie aiguë; ou même encore, elles constitueront un des signes prémonitoires de la tuberculose, de la néphrite, ou d'autres affections chroniques.

Les symptômes de cette dyspepsie mixte, atonique et nerveuse, vago-sympathique, se présentent toujours les mêmes avec tant de constance, que le médecin peut facilement, comme un devin, exposer au patient tout le tableau de sa maladie. Les malades sont tous des nerveux, que la névrose soit acquise ou héréditaire, ce qui est généralement le cas. Ce sont des impressionnables, des irritables, subissant inéluctablement les effets de l'hérédité névropathique ou arthritique; les uns penchant plutôt vers l'hystérie, les autres versant de préférence dans la neurasthénie ou l'hypocondrie.

Les troubles gastriques s'aggravent, ou se manifestent surtout à la suite de fatigues, de surmenage, ou d'ennuis, de chagrins, de contrariétés; puis l'affection devient peu à peu chronique, et les malades ne cessent pas de souffrir de leur digestion.

L'appétit est relativement conservé, mais il tend plutôt à diminuer. Après chaque repas, les malades éprouvent une pesanteur à l'estomac; ils sentent que la digestion se fait mal, lentement, est insuffisante. Ils se plaignent d'un malaise indéfinissable, mais très agaçant, qui porte très vite atteinte à leur moral; ils ont en outre des bâillements, des envies

de dormir, des bouffées de chaleur après les repas ; la face se congestionne ; ils souffrent d'oppression, de palpitations. Leur ventre, ballonné, les oblige à desserrer leurs vêtements ; ils sont tourmentés par des renvois, d'air généralement, sans odeur ni saveur, parfois néanmoins acides, et produisant le long de l'œsophage une sensation de brûlure et de constriction à la gorge. La constipation alterne souvent avec la diarrhée.

Le ventre est mou, flasque, flatulent ; l'intestin paresseux ; les ligaments relâchés prédisposent à l'entéroptose ; c'est pourquoi le port d'une ceinture abdominale est-il toujours très utile aux neurasthéniques gastriques.

Les vomissements très rares dans l'atonie peuvent être très fréquents dans la névrose ; aussi voit-on parfois des cas dont le diagnostic, fort subtil, hésite entre la névrose, l'ulcère, l'atrophie et même le cancer. Aujourd'hui, l'examen approfondi du malade rend ces méprises de plus en plus rares, quoique certains cas soient encore malaisés à élucider complètement.

Pour se rendre compte de la capacité motrice de l'estomac et de la valeur qualitative et quantitative du suc gastrique, voici les méthodes auxquelles nous nous sommes arrêté ; leur application est simple, et elles suffisent amplement à tous les besoins du médecin praticien.

La première observe quelle est la durée du séjour des aliments dans l'estomac ; ce dont on peut se rendre compte par le lavage de l'estomac sept heures après le repas d'épreuve de Leube (une assiette de soupe à l'orge, un beefsteak, un petit pain, deux verres d'eau).

La deuxième retire le contenu de l'estomac une heure après le déjeuner Ewald-Boas, soit : deux petits pains à l'eau, et deux tasses de thé chaud ; elle a pour but l'analyse du suc gastrique. Il est vrai qu'on a reproché à ce repas d'être insuffisant pour exciter la sécrétion de tous les composants du suc gastrique, sans donner du reste de son insuffisance une preuve positive. Or, nous pouvons affirmer, d'après notre expérience, que le contenu de l'estomac, ainsi obtenu, suffit largement à l'étude et au contrôle de tous les éléments qui constituent le suc gastrique. C'est un procédé simple, sûr et très pratique.

Il faut retirer le contenu de l'estomac au moment de la pleine digestion, quand le chyme va passer dans l'intestin.

Le contenu de l'estomac ne doit pas être dilué ; on introduira dans l'estomac une sonde molle, et le liquide gastrique sera retiré par simple « expression ; » ce qui s'opérera assez facilement si l'on recommande au malade de tousser, de pousser avec les muscles du ventre, de faire des efforts comme pour rejeter ; on facilitera la sortie du liquide en imprimant à la

sonde un mouvement de va et vient; on aura soin de donner une longueur suffisante à la branche externe du siphon (1 mètre), celle qui pénètre dans l'estomac étant longue de 60 à 80 centimètres; l'extrémité externe du tube plongera dans un bocal destiné à recevoir le contenu de l'estomac. Si dans un cas de dilatation le contenu stomacal ne sort pas facilement, c'est que l'ouverture de la sonde est bouchée, ou que celle-ci n'a pas pénétré dans l'estomac. Nous avons vu en effet que l'estomac dilaté prend une position très déclive, et qu'il faut introduire la sonde jusqu'à 70 centimètres pour atteindre ce viscère.

Le liquide gastrique est filtré, puis examiné au point de vue de l'acide chlorhydrique, de la pepsine, du lab et des acides organiques, après qu'on a eu soin de reconnaître les éléments qui composent le résidu resté sur le filtre.

On remarque généralement sur le filtre une sorte de bouillie plus ou moins fine, formée de résidus alimentaires parfois assez difficiles à caractériser: ce sont par exemple des restes d'amylacées mal digérées dans les cas d'hyperacidité, ou au contraire des morceaux de viande à peu près intacts, à cause de l'insuffisance ou de l'absence du suc gastrique. Le microscope permet de reconnaître la présence de cellules de fermentation, de sarcine, de bactéries, etc.

Pour l'analyse du suc gastrique, nous avons à

constater la présence de HCl., et à déterminer ensuite sa quantité.

Ici se posent tout d'abord les questions suivantes : le suc gastrique est-il sécrété en quantité suffisante? Est-il altéré dans sa composition? Y a-t-il diminution, absence ou augmentation de HCl.? En un mot avons-nous affaire à une dyspepsie par hyperacidité ou hypersécrétion, ou au contraire par diminution ou suppression de HCl.?

L'estomac d'une personne en santé contient au moment de la digestion assez d'acide muriatique libre pour que le suc gastrique en renferme de 0,1 à 0,2 °/₀.

Nous possédons des réactifs suffisamment sensibles pour déterminer la nature de l'acide ou des acides du liquide gastrique, et nous dosons facilement HCl. au moyen de l'appareil à titrer.

Le papier de tropéoline et la solution de phloroglucine-vanillin suffisent amplement pour déterminer la présence de HCl.; tous les autres réactifs, y compris le papier Congo, sont tout à fait superflus. On peut dores et déjà par une manœuvre simple, je dirai même presque superficielle, apprécier avec certitude si le suc gastrique renferme une quantité suffisante de HCl.

Le papier Congo est trop sensible; il prend trop facilement cette couleur bleu-foncé caractéristique, qui paraît déceler la présence d'une grande quantité d'acide chlorhydrique, quand il ne s'en trouve en réalité que très peu; or nous avons vu que 0,0255

de HCl. produisaient une coloration intense du papier Congo. Un autre défaut capital de ce réactif est d'être indifféremment coloré par l'acide chlorhydrique ou par l'acide lactique.

Riegel prétend, ce qui paraît extraordinaire, qu'il n'a jamais rencontré un suc gastrique bleuissant énergiquement le papier Congo, et ne digérant pas l'albumine. Cela est possible, mais ne prouve rien quant à la présence et à la quantité de HCl., l'acide lactique, qui colore aussi très vivement le papier Congo, pouvant remplacer jusqu'à un certain point le rôle de HCl. dans le suc gastrique. L'on peut voir, en effet, assez souvent un suc gastrique très faible en HCl., mais contenant de l'acide lactique, colorer très vivement le papier Congo, tout en ne donnant qu'une peptonisation lente et très retardée.

Le meilleur réactif de HCl. est sans conteste la solution de phloroglucine-vanillin de Günsbourg.

Phloroglucine, 2 grammes.
Vanillin, 1 »

qui donne, avec 30 grammes d'alcool absolu, un liquide de couleur jaune rouge. En chauffant à la lampe à alcool 2 à 3 gouttes de cette solution avec 10 à 12 gouttes du liquide à examiner, l'on obtiendra aussitôt une couleur rose carmin, au fur et à mesure de l'évaporation du liquide. Le réactif de Günsbourg peut déceler jusqu'à $^1/_{20}$ $^0/_{00}$ de HCl., et il ne donne aucune réaction avec les acides organiques.

On détermine l'acide lactique par la solution d'Ewald :

Acide phéniq. pur hydrat, au 10e	3	grammes.
Perchlorure de fer	3	»
Eau	20	»

ou plus simplement :

Eau 10 grammes.

Perchlorure de fer 6 à 8 gouttes (Bourget).

En présence de l'acide lactique le liquide prend une couleur jaune.

Les acides acétique et butyrique se reconnaissent à leur odeur.

Détermination de la quantité de HCl. : L'analyse quantitative du suc gastrique exige une manipulation très compliquée et fort délicate, qui est à la portée des seuls chimistes. Mais il nous a paru que le procédé de titrage suivant, recommandé par Ewald et Boas, donnait un résultat bien suffisant ; que la technique en était simple et rapide, et qu'il suffisait largement pour répondre à toutes les interrogations du médecin.

Après s'être assuré que l'acidité du contenu filtré est bien due à HCl., on prend une solution de potasse au 10e ; à l'aide de la burette graduée, on la fait tomber goutte à goutte dans 10 CC^3 du suc gastrique filtré, jusqu'à ce que celui-ci soit très légèrement alcalin. Normalement, il faut de 4 à 6 CC^3 de la solution de potasse pour neutraliser le suc gas-

trique. Un CC^3 de la solution neutralise 0,0365 de HCl. anhydre.

Supposons que la solution de potasse marque 38,6 à la burette; on laissera couler dans le bocal, qui renferme le liquide gastrique, autant de la solution alcaline qu'il le faudra pour le neutraliser, tout en évitant un excès d'alcalinité. Pour neutraliser par ex. un liquide X., il a fallu laisser tomber la solution potassique de 38,6 à 42,4; la différence est donc 3,8 à multiplier par 0,0365 soit : 0,13870, ou 0,1,4 °/₀ de HCl. La quantité normale de HCl. est de 0,1 à 0,2 °/₀; l'hyperacidité commence donc à 0,2.

Autre exemple :

M. X. Analyse du suc gastrique : On ne peut obtenir par expression que cinq grammes du contenu de l'estomac. Le liquide filtré est très acide, le papier Congo devient noir. La solution alcaline du verre à titrer marque 0,4; il doit s'abaisser dans le tube jusqu'à 2,8 pour neutraliser le liquide gastrique.

Nous avons donc 2,8

0,4

2,4 à multiplier par deux, puisque nous n'avons obtenu que 5 grammes de liquide.

2,4

2

4,8 soit : 0,0365

4.8

00,1,752

soit HCl. = 0,1,75 °/₀ ; soit une très légère hyperacidité ; ce que pouvait déjà nous faire supposer la difficulté d'exprimer le contenu, difficulté qui se montre généralement dans le catarrhe ou l'atrophie, non dans l'hyperacidité. La teinte noire du papier Congo aurait en revanche témoigné d'une acidité très forte. Ainsi, de par la teinte du papier Congo, on pouvait penser à un état d'hyperacidité, *mais évidemment d'hyperacidité faible, étant donnée la difficulté de faire sortir par expression le contenu de l'estomac.*

3e exemple : Hauteur du liquide potassique à la burette 12,4, à employer jusqu'à 15,4 pour neutraliser le liquide gastrique. On ne peut retirer que sept grammes du contenu de l'estomac. Nous employons donc pour l'analyse 5 grammes de liquide.

Nous avons : 15,4
12,4
3 × 2 = 6

Soit pour 10 CC³ : 6, soit 0,00365
6
0,2,19

soit les limites de l'hyperacidité, ou déjà un léger degré d'hyperacidité.

Tous les autres procédés d'analyse quantitative du suc gastrique sont peu réalisables, et inutiles pour le médecin praticien. C'est le cas pour le procédé de MM. Hayem et Winter, qui, à part son intérêt scien-

tifique, a le grand désavantage de ne pas être à la portée du praticien, par la série de recherches chimiques qu'il exige. Du reste la perte de temps qu'il entraîne n'est pas compensée par la valeur du résultat.

Par la digestion artificielle on se rendra compte de la quantité de pepsine que renferme le suc gastrique. Après avoir mêlé à 10 CC^3 de suc gastrique 50 centigr. de fibrine, on porte le liquide au bain-marie à 37° C., et on note le temps que la fibrine prend à se dissoudre. Normalement le suc gastrique digérera la fibrine dans l'espace de quelques minutes, de 5 à 8 ou 10 minutes au plus; du moins, c'est ce que nous avons pu observer, contrairement à quelques auteurs qui prétendent qu'il faut $^1/_2$ h. à la fibrine pour se dissoudre. De plus, l'opinion généralement reçue est que l'on obtient presque toujours une digestion artificielle de la fibrine avec n'importe quel suc gastrique, à condition que l'on ajoute un peu de HCl.; qu'en outre, l'apepsie ne se montrerait que dans le catarrhe atrophique et le cancer. En ce qui nous concerne, nous avons constaté bien des fois une apepsie complète dans certains cas graves de neurasthénie gastrique, avec ou sans dilatation, cas dans lesquels l'épuisement nerveux avait produit un arrêt absolu, une suppression totale de la sécrétion de tous les éléments du suc gastrique, soit : HCl., pepsine et lab. Quoiqu'il en

soit, quand la digestion artificielle de la fibrine ne se fait pas, cela annonce toujours une dyspepsie très sérieuse, qui, neurasthénique ou non, risque fort d'être à peu près incurable.

Nous constatons la présence ou l'absence du ferment de la caséïne de la manière suivante :

Après avoir neutralisé le liquide gastrique, on cuit pendant 5 à 10 minutes au bain-marie le liquide gastrique avec une quantité de lait à peu près égale. Si le suc gastrique contient une quantité suffisante du « ferment lab, » le lait se coagulera, et le liquide prendra la consistance et l'aspect du fromage ; dans le cas contraire, le liquide restera tel quel. Ce phénomène était regardé comme particulier à l'atrophie de l'estomac, et provoquait un pronostic très sombre, qui est encore juste, à moins que la suppression du suc gastrique et du ferment lab ne soit, ce qui est possible, ainsi que nous l'avons vu, une simple manifestation nerveuse. Toutefois, on se rappellera que tout état nerveux, capable de supprimer complètement le suc gastrique, impose toujours de sérieuses réserves quant au pronostic, et est l'indice d'une neurasthénie ou d'une névrose hystérique, qui seront toujours extrêmement tenaces, et qu'il faut s'attendre à voir durer pour ainsi dire indéfiniment.

CHAPITRE IV

CATARRHE DE L'ESTOMAC

Il y a lieu de distinguer deux formes de catarrhe de l'estomac :

a) Catarrhe muqueux.

b) Catarrhe atrophique.

a) *Le catarrhe muqueux* est caractérisé par une plus ou moins grande quantité de mucosités dans l'estomac soit à jeun, soit après les repas, ce qui le différencie de l'atonie simple qui ne s'accompagne jamais d'hypersécrétion muqueuse. Les sensations dyspepsiques se déclarent une demi-heure, jusqu'à deux heures après les repas, et sont très souvent accompagnées de vomiturations composées de restes d'aliments englobés dans des masses muqueuses ; l'appétit est fantasque, irrégulier ; l'épigastre peu sensible ; les malades recherchent les aliments salés, épicés ; la langue est loin d'être toujours chargée, tandis qu'elle l'est fort souvent, ainsi que nous l'avons vu, dans l'atonie ou la névrose.

Autrefois quand le malade montrait une langue blanche et chargée, on prononçait aussitôt le nom d'embarras gastrique, ou de gastrite sans plus ample informé.

La dilatation ne vient que plus tard. Si le malade n'accuse pas de douleurs vives, il se plaint d'une sensation de plénitude après les repas, de nausées, de vomiturations, de pyrosis, conséquences des fermentations organiques: il n'y a généralement pas de constipation ; l'épigastre est peu sensible à la pression ; la force nerveuse-musculaire est conservée, tant qu'il n'y a pas de dilatation ; l'état général est peu affecté, ce qui souvent établit une distinction importante entre le catarrhe chronique et le carcinome.

Les symptômes subjectifs du catarrhe et de la dyspepsie nerveuses sont assez sensiblement les mêmes, au début de la maladie principalement. Les malades se plaignent d'une sensation de malaise, de poids, de pesanteur à l'estomac, de renvois, de pyrosis. Ce qui permet de différencier ces deux états, *c'est le fait que les symptômes morbides sont continus et permanents dans le catarrhe, intermittents dans la névrose,* et subissent les fluctuations variées de l'état général nerveux, de la disposition d'esprit du sujet, etc. C'est ainsi que, suivant l'état moral du malade, le moindre aliment produira des troubles digestifs ; ou au contraire, les aliments les

plus lourds et les plus indigestes passeront facilement.

Quand on fait ressortir le repas d'épreuve, on ramène avec plus ou moins de difficulté des mucosités qui obstruent la sonde, et sont un obstacle à la sortie de la bouillie stomacale. *Lorsque le contenu de l'estomac ressort facilement, on peut déjà écarter l'idée de catarrhe simple, muqueux ou interstitiel. Dans l'hyperacidité et la dilatation, ce contenu remonte sans peine, et sort souvent comme un jet.*

La quantité de HCl. est toujours diminuée, mais ne disparaît jamais entièrement; aussi la digestion artificielle de la fibrine par le suc gastrique n'est-elle que ralentie, et se fait-elle dans le laps de temps normal, si l'on ajoute HCl. au liquide obtenu par la filtration du contenu de l'estomac. Le ferment pepsique ne fait donc pas défaut; ce qui tendrait à prouver que l'importance de la pepsine n'est pas illusoire, comme on serait tenté de le croire aujourd'hui. La digestion artificielle de la fibrine s'opère en effet, si l'on ajoute HCl. à un suc gastrique anachlorhydrique, à condition qu'il contienne le ferment pepsique. Mais si l'estomac malade ne sécrète plus de suc gastrique (atrophie, cancer, certains cas de névrose, ou de neurasthénie), la digestion au bain-marie est impossible, alors même qu'on ajoute au liquide filtré de la pepsine et de l'acide chlorhy-

drique; ce qui, soit dit en passant, prouve l'inefficacité de la pepsine que fournit la pharmacie.

La cause de la lenteur de la digestion dans le catarrhe tient à la diminution de l'acide muriatique. Mais comme la pepsine est sécrétée en quantité suffsante, la digestion chlorhydro-peptique est bien ralentie, mais non supprimée, et se fait toujours complètement, quoique avec lenteur. Aussi, lorsque les malades atteints de catarrhe gastrique se plaignent de troubles graves de la digestion, la cause en est plutôt l'atonie des muscles, une dilatation plus ou moins avancée avec fermentations consécutives, que le défaut de sécrétion du suc gastrique.

Un symptôme important du catarrhe, c'est la présence des acides de fermentation (acides lactique, acétique et butyrique). On y trouve en outre des mucosités et des leucocytes, qui manquent toujours dans la dyspepsie nerveuse simple. Mais comme la dyspepsie s'accompagne assez souvent de catarrhe, si la présence de mucus parle pour le catarrhe, elle n'exclut pas la possibilité d'une origine ou d'une complication nerveuse.

Grâce au mucus sécrété, et qui agit comme ferment, le sucre des amylacées est transformé en acide lactique, et les liquides fermentés subissent la fermentation acétique. Toutes ces décompositions mettent en outre des gaz en liberté, (hydrogène sulfuré, acide carbonique). Aussi les malades atteints de ca-

tarrhe ont-ils de temps à autre des éructations de gaz à odeurs variées, suivant la nature des aliments consommés; ainsi la décomposition des substances albumineuses produit un dégagement de gaz fétides, et la fermentation acétique donne de l'acide carbonique. Souvent des substances d'une saveur acide ou rance remontent en même temps dans la bouche.

Dans la pneumatose nerveuse, au contraire, les éructations, qui ne sont que des renvois d'air, sont toujours sans odeur ni saveur.

Les matières amylacées sont rapidement transformées en dextrine et en maltose. C'est le contraire de l'hyperacidité. Lorsque le catarrhe ne se complique pas de dilatation, le retard apporté à la digestion est insensible, et même sept heures après le repas d'épreuve, le lavage permet de reconnaître que l'estomac est vide; ce qui dénote l'intégrité de la fibre musculaire et l'énergie des mouvements péristaltiques.

Lorsqu'en pratiquant le lavage de l'estomac, le liquide ressort avec peine et renferme des mucosités, c'est alors qu'il faut prescrire HCl., qui fait merveille dans ces cas, tandis que ses effets sont nuls dans l'atonie ou la neurasthénie accompagnée d'une diminution ou de la suppression de HCl.

b) *Le catarrhe atrophique ou interstitiel de l'estomac* présente des symptômes subjectifs assez semblables à ceux du catarrhe muqueux : après les re-

pas, sensation de poids à l'estomac, vomissements de matières muqueuses et de restes d'aliments, goût amer, langue rouge non chargée. Un symptôme important, caractéristique même de l'atrophie, quand l'analyse du suc gastrique a permis d'éliminer l'ulcère, est une douleur vive à l'épigastre, s'irradiant dans le dos, intermittente et à paroxysme. Le malade n'a pas de constipation, n'accuse aucun malaise dans la nuit; l'épigastre est peu sensible à la pression.

L'examen du suc gastrique est indispensable; il dénote une absence totale de sécrétion du suc gastrique. La digestion artificielle de la fibrine est nulle; pas de « lab » pour coaguler le lait. Cependant, le manque absolu de sécrétion gastrique n'est pas un indice pathognomonique de l'atrophie, ainsi qu'on l'a avancé; et nous sommes, croyons-nous, parmi les premiers[1] qui avons prouvé que la sécrétion du ferment lab pouvait manquer aussi bien dans la névrose que dans l'atrophie.

La dilatation est rare; et les muscles de l'estomac remplissant normalement leurs fonctions, le passage des aliments de l'estomac à l'intestin se fait sans retard, et la digestion intestinale remplace sans trop de désavantage celle de l'estomac. Aussi voit-on souvent des malades affectés depuis longtemps d'une sclérose de l'estomac tout en ayant un air de bonne santé, ce qui élimine de suite l'idée d'un cancer.

[1] Dr Glatz. *Des dyspepsies avec suppression de la sécrétion du suc gastrique,* 1888.

CHAPITRE V

CANCER ET ULCÈRE

Les symptômes dyspeptiques du cancer s'accompagnent à peu près toujours de *perte de l'appétit.* La sécrétion du suc gastrique est amoindrie ; généralement HCl. a disparu ; en revanche on trouve beaucoup d'acides organiques et d'autres produits de fermentation (sarcine, etc.). La peptonisation manque ou est diminuée. On remarque parfois dans le cancer des selles grises ou décolorées, consécutives à la diminution de la sécrétion de la bile. Dans certains cas, malgré les vomissements noirs, l'état cachectique, etc., il est impossible de diagnostiquer avec sûreté un cancer. L'absence continue de HCl. tranchera presque à coup sûr la difficulté, et sera un indice précieux qui annoncera le cancer, bien entendu à condition que la névrose ou la neurasthénie simple puisse être écartée ; en revanche, si le suc gastrique contient de l'acide chlorhydrique, si la puissance pepsique est normale, on peut sûrement

éliminer l'idée de cancer. Voici une observation de Boas qui démontre l'importance d'un diagnostic précoce, au point de vue du traitement chirurgical du cancer du pylore.

« Il s'agit d'un ouvrier âgé de cinquante-six ans, qui depuis le mois de juin dernier se plaignait de troubles digestifs. En quelques mois il avait perdu 10 kilogrammes, quoiqu'il ne présentât aucun symptôme cachectique, et que la palpation et la percussion de la région gastrique ne révélassent rien d'anormal. Cependant l'estomac renfermait toujours des substances alimentaires, même dans les intervalles des repas les plus légers. Dans son contenu, retiré et examiné plusieurs fois le matin à jeun, on trouvait, en outre, de l'acide lactique et des bacilles filiformes, mais pas d'acide chlorhydrique ni de sarcine. Jamais ces caractères n'ont fait défaut, même lorsque le malade n'avait que peu mangé la veille au soir. Je diagnostiquai un cancer de l'estomac, siégeant au niveau du pylore.

Le 19 juin, M. Hahn pratiqua l'extirpation de ce néoplasme. Le malade se rétablit rapidement. A l'heure actuelle, son poids a augmenté de 15 kilogrammes et demi, et il peut vaquer à ses occupations.

Il est donc possible de faire le diagnostic précoce d'un carcinome de l'estomac, en l'absence de toute tumeur appréciable par la palpation ; l'intervention

chirurgicale donne alors des résultats qu'il n'est plus permis d'espérer, quand on opère à une période trop avancée de la maladie.

Dans le cas que je viens de relater, le néoplasme se présentait sous la forme d'un épaississement de l'anneau pylorique; l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un adénocarcinome.

Dans l'ulcère, l'hyperacidité est la règle, avec une moyenne d'acide chlorhydrique de 0,4 à 0,6; tandis que dans les gastralgies anémiques ou atoniques simples, HCl. est à peu près toujours en diminution. Aussi, est-ce un signe important qui permettra de distinguer la gastralgie anémique de celle de l'ulcère. Mais dans les cas de gastralgie nerveuse avec hyperacidité, le diagnostic différentiel devient parfois impossible; et dans les cas de doute, le traitement de l'ulcère s'impose absolument. Le vomissement, très fréquent dans l'ulcère, manque généralement dans la gastralgie anémique non compliquée de névrose. Un caractère important de la douleur de l'ulcère est son acuité, ainsi que la possibilité de localiser la douleur sur un point, au creux de l'estomac ou entre les épaules par exemple. La violence de la douleur présente en outre ceci de particulier, c'est qu'elle change suivant la position du malade (Leube). Dans tous les cas, on évitera d'introduire la sonde, lorsqu'on soupçonnera l'existence d'un ulcère.

L'hyperchlorhydrie ne se manifeste subjectivement parfois que par une constipation chronique plus ou moins opiniâtre, et c'est en somme le seul symptôme nettement accusé par les malades ; les selles sont rares, dures et contiennent des glaires. Il n'existe aucun symptôme indiquant une affection de l'estomac ; cependant l'analyse du suc gastrique dénote une hyperchlorhydrie souvent intense. Aussi, ce n'est pas aux purgatifs qu'il faut avoir recours dans ces cas, mais aux médicaments de l'hyperchlorhydrie, au bicarbonate de soude, à la magnésie calcinée, au bismuth ; et comme l'intestin est généralement atonique, que l'on peut constater en outre les symptômes d'une excitabilité des ganglions nerveux qui président aux mouvements péristaltiques des intestins, on prescrira aussi la strychnine et la belladone, l'hydrothérapie, l'électrothérapie et le massage, suivant les cas.

L'apepsie s'accompagne au contraire parfois d'une diarrhée chronique, seul symptôme dont se plaignent les malades, qui prétendent avoir cinq ou six selles liquides, au milieu desquelles flottent des débris alimentaires non digérés. Dans ces cas, on instituera tout d'abord le traitement de l'apepsie ; on fera sur le ventre l'application de la compresse échauffante ; on donnera le salol, le salicylate de bismuth, et l'acide chlorhydrique pour empêcher les fermentations gastriques.

Il ne faut pas oublier que la gastrite s'ajoute souvent à l'ulcère, qu'elle peut en être une conséquence, et transformer en hypochlorhydrie l'hyperchlorhydrie de l'ulcère. Cette diminution de l'acidité du suc gastrique est très rare dans l'ulcère ; mais quand elle existe, elle peut rendre le médecin fort perplexe, et le diagnostic très délicat entre l'ulcère et le cancer.

La jeunesse du malade, le manque de cachexie, les vomissements de sang pur, les accès de gastralgie sont des symptômes qui parlent en faveur de l'ulcère.

La névralgie intercostale a pu, dans certains cas, en imposer pour un ulcère ; il en est de même de la gastralgie nerveuse. Mais alors, l'intermittence de la douleur, l'absence de troubles dyspeptiques dans les périodes d'accalmie, la présence d'autres névralgies ou de quelque affection utérine, l'hystérie, etc., tout cela parle pour la gastralgie nerveuse et en autorise le diagnostic. L'examen des points douloureux, par l'anode d'un courant continu, a aussi une certaine valeur. Si l'électrisation fait disparaître la douleur, nous devons soupçonner une névralgie, ou une gastralgie ; dans le cas contraire la douleur peut provenir d'un ulcère, ou de toute autre cause organique.

Les malades qui ont été atteints d'un ulcère de l'estomac, se plaignent souvent, alors qu'ils sont

guéris, de ressentir après un repas un peu copieux de la lourdeur et une sensation de poids à l'épigastre ; et quand l'estomac est vide, ils ont de violentes gastralgies se montrant par accès, et disparaissant par l'ingestion de quelques aliments. Ces accès se montrent surtout la nuit et durent pendant une à deux heures ; ils cèdent plus ou moins vite à quelques gorgées de lait chaud, ou à une faible dose de morphine. La cause de ces accès de gastralgie est ou une extrême sensibilité de l'estomac, ou une périgastrite adhésive provenant d'un ulcère perforé (v. Ziemssen) [1].

Les adhérences produisent, tant dans l'état de plénitude que dans celui de vacuité de l'estomac, des tiraillements des fibres nerveuses de ses parois avec douleur consécutive. On remarque aussi souvent, pendant ou après la cicatrisation de l'ulcère, des phénomènes d'irritation gastrique caractérisés par une sorte d'hyper-sensibilité de l'estomac, avec accès gastralgiques consécutifs à un excès de table ou à une faute quelconque de régime. Dans ces cas, les douleurs s'accompagnent toujours de troubles de la sécrétion, de fermentations avec production d'acides organiques.

Cet état peut durer pendant des semaines,

[1] v. Ziemssen. *Klinische Vorträge, Verdauungsapparat*, 1888.

même des mois. Mais, phénomène curieux, ces crises cessent parfois brusquement, si le malade voyage ou quitte ses affaires et ses occupations. On voit alors les douleurs, les fermentations disparaître comme par enchantement ; et le malade n'est pas peu étonné de pouvoir manger de tout, de n'importe quel menu de table d'hôte sans en être incommodé. Ici encore, naturellement, l'élément nerveux joue un rôle considérable ; il serait même, suivant certains médecins, le principal coupable dans l'étiologie de l'ulcère, qui aurait ainsi une origine nerveuse trophique.

Quoiqu'il en soit, les symptômes produits par les adhérences et les cicatrices s'affaiblissent peu à peu pour disparaître enfin complètement ; les adhérences se laissent distendre à la longue par les contractions de l'estomac, qui auraient une action analogue sur les cicatrices produites par l'ulcère ; mais il faut des années avant d'atteindre la guérison absolue et complète.

Il faut connaître ces crises gastriques d'origine ulcéreuse pour les distinguer des crises neurasthéniques ou tabétiques, ou même des crises de gastrite aiguë simple, qui présentent toutes une grande ressemblance dans leurs manifestations extérieures. Tous ces états gastriques ont un profond retentissement sur l'état nerveux général du malade, qu'ils plongent dans une excessive prostration morale et

dans un état très pénible et très tenace de mélancolie et d'hypocondrie.

En résumé, l'hyperacidité est liée à des troubles fonctionnels du système nerveux; elle est d'origine nerveuse, et se remarque dans l'hystérie, le tabes, et parfois, mais rarement, dans la neurasthénie; elle peut donner lieu à l'ulcère rond de l'estomac. L'hyperacidité et le pyrosis des alcooliques ne sont pas dus à l'hyperchlorhydrie, mais aux acides organiques produits, grâce à l'hypochlorhydrie, qui est un des caractères de la gastrite des buveurs et des gros mangeurs.

Les symptômes fonctionnels sont généralement assez caractéristiques et découlent de l'état du suc gastrique : c'est la voracité et surtout le goût exagéré de la viande ; puis les troubles digestifs après les repas, chaleur, élancements, brûlures parfois insupportables, pyrosis, soif vive, nausées, selles acides, avec une sensation très pénible de ténesme et de brûlure à l'anus.

Une douleur plus ou moins violente à l'épigastre, avec irradiation dans le dos, et exacerbation par la pression, était regardée comme à peu près pathognomonique de l'hyperacidité; mais ce symptôme peut faire défaut et se rencontrer chez les hypopeptiques, même chez les apeptiques. L'absence ou la présence de douleurs ne signifie donc pas grand'chose; toutefois des douleurs,

précédant des vomissements chez un dyspeptique présentant les symptômes subjectifs sus-mentionnés, parlent en faveur de l'hyperacidité; mais il faut se rappeler que l'on peut rencontrer de très fortes hyperpepsies chez des névropathes, qui du reste ne se plaignent nullement de leur estomac.

Au surplus, comme les affections gastriques d'origine inflammatoire ne font pas souffrir, la douleur (gastralgie) serait plutôt l'indice d'une névrose (névralgie), ou d'une irritation produite soit par les aliments, soit par certains médicaments. C'est ainsi qu'on voit souvent la douleur cesser par la simple suppression des remèdes que prenaient les malades. La douleur, et aussi la pression douloureuse après les repas, tient surtout à la lenteur de la digestion.

« Les gastropathes qui souffrent sont surtout ceux qui ont la digestion retardée, les hypopeptiques et les dilatés; ce qui le prouve, c'est que le lavage fait disparaître la douleur. Mais la douleur peut aussi être purement névralgique, et n'avoir qu'un rapport éloigné avec le processus chimique de la digestion. C'est ainsi que beaucoup de personnes surmenées, fatiguées ou énervées, souffrent continuellement de l'estomac, tant qu'elles restent chez elles, où elles sont sous l'influence constante des mêmes causes d'irritabilité ou de fatigues nerveuses, et se trouvent presque subitement bien, avec une diges-

tion parfaite, sans aucune sensation désagréable, quand elles sont en vacances, qu'elles peuvent se livrer à un repos complet du corps et surtout de l'esprit.

Nous avons donc en résumé : une douleur de pression, avec sensation très pénible de poids, qui provient de la lenteur de la digestion; c'est le cas de l'hypopepsie avec ou sans dilatation. Les malades eux-mêmes ne se plaignent que d'une pesanteur douloureuse à l'estomac et de lente digestion. L'autre douleur est violente, névralgique, insupportable; c'est la gastralgie, la crampe d'origine nerveuse, due, peut-être aussi, à l'irritation que l'excès d'acide produit sur les terminaisons nerveuses. Mais cette irritation ne peut se produire si l'épithelium est intact; toutefois, qu'une érosion vienne à s'établir, et la douleur se produira aussitôt. C'est ainsi qu'on peut expliquer le fait des hyperpepsies avec douleurs, et des hyperpepsies sans douleurs, suivant qu'il y a intégrité ou non de la muqueuse [1]. »

[1] Voir GINGEOT, *Dyspepsies paradoxales,* clinique de l'Hôpital Laennec.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC DES NÉVROSES ET DE L'ATONIE DE L'ESTOMAC

De même que pour toutes les affections nerveuses et neurasthéniques, le pronostic des névroses et de l'atonie de l'estomac exige la plus grande réserve : toute la perspicacité du médecin n'y est pas de trop. L'on voit souvent en effet une amélioration rapide dans des cas qui semblent très graves, tandis qu'une très légère neurasthénie peut se prolonger presque indéfiniment. Il y a là des faits de dégénérescence et de résistance individuelles, d'états héréditaires ou acquis, dont le médecin tiendra compte, et qui détermineront son jugement sur le plus ou moins de durée ou de gravité de la maladie.

C'est ainsi que certains cas de neurasthénie paraissent déjouer tous nos efforts, et résister, sans qu'on puisse en trouver la raison, aux traitements les plus logiques et les mieux suivis. D'autres fois, au contraire, la neurasthénie gastrique donne lieu à un ensemble de symptômes si graves, que l'on est

tenté de porter un pronostic très sérieux que ne justifie pas heureusement l'issue de la maladie.

Exemples : M^lle^ X..., neurasthénie, gastralgies, vomissements, amaigrissement extrême, émaciation, anémie profonde, impossibilité absolue de marcher. Après avoir été traitée pendant longtemps mais inutilement pour un ulcère d'estomac, elle est rapidement guérie par l'*hydrothérapie, l'électricité et l'isolement.*

M. J..., 60 ans. Neurasthénie cachectique qui lui donne l'aspect d'un cancéreux; symptômes d'atonie profonde des organes de la digestion; est relativement vite amélioré par le repos, l'hydrothérapie, la faradisation générale du corps, une cure de lait, et l'usage de la noix vomique et du sirop d'hypophosphites.

S'il est difficile de prévoir la tournure que prendra chaque cas, il faut généralement s'attendre à ce que la neurasthénie ait une longue durée, et résiste avec une extrême opiniâtreté à tous les efforts de la thérapeutique.

Enfin, lorsque l'analyse du suc gastrique a dénoté la suppression absolue de ses éléments, la neurasthénie est grave; et sa guérison, si elle est encore possible, exigera des efforts inouis du médecin, une persévérance et un esprit de suite dans le traitement, dont peu de neurasthéniques sont capables.

Dans la névrose hystérique simple, on se rappel-

lera que la présence des stigmates sensitifs (hémianesthésie et stigmates sensoriels) signalés par Charcot et ses élèves, est toujours un indicateur de gravité de l'hystérie. Enfin, l'on n'oubliera pas non plus que toute affection nerveuse est sujette après guérison à un retour offensif du mal.

Dans les cas d'atonie simple avec hypochlorhydrie légère, et neurasthénie peu accusée, la guérison est rapide, *si l'on traite les malades, non par l'ingestion d'eaux minérales,* mais par le régime, le repos, et une cure d'hydrothérapie et d'électrothérapie faites dans de bonnes conditions, *c'est-à-dire loin de l'endroit qu'habite le malade.* Le changement d'air, de milieu surtout, le silence, le repos, les distractions saines et reposantes, la vie simple et tranquille, sont des éléments extérieurs de la cure si l'on veut, mais ont une valeur immense et sont essentiels, indispensables même à la réussite du traitement.

En somme, si le pronostic de la neurasthénie est favorable en ce sens que la neurasthénie ne compromet pas directement la vie, il convient néanmoins que le médecin soit fort réservé dans ses appréciations. Car la neurasthénie est une maladie tenace, de longue durée, et sujette aux récidives ; puis, elle enlève tout charme à l'existence, et elle peut, surtout dans les cas de dilatation et d'apepsie, entraver sérieusement la nutrition, et plonger le

malade dans un épuisement qui supprime ou diminue la résistance de l'organisme et l'expose aux maladies les plus graves, comme la tuberculose, le diabète et toutes les affections qui résultent du ralentissement de la nutrition.

La tuberculose, il ne faut pas l'oublier, est une terminaison relativement fréquente de la neurasthénie, et nous avons eu souvent l'occasion de le constater; c'est aussi parfois une fin dans « l'hystérie grave, » à laquelle il faut savoir penser dans le pronostic de certains états nerveux, qui, bien que fonctionnels, peuvent avoir les conséquences les plus sérieuses.

Le prof. *Grasset*[1] qui s'est plus particulièrement intéressé aux rapports de l'hystérie avec les autres diathèses, écrit : « La tuberculose est, comme toutes les diathèses, une maladie essentiellement générale et constitutionnelle ; la phtisie pulmonaire est une des manifestations de cette maladie, elle n'en est pas la seule. Les névroses en général, l'hystérie en particulier, peuvent aussi être la manifestation directe de l'affection diathésique. De même que la chorée est souvent de nature rhumatismale, et l'angine de poitrine de nature goutteuse, de même l'hystérie peut être de nature tuberculeuse, le mot

[1] GRASSET. *Traité pratique des maladies du système nerveux.*

tuberculeux ayant ici son sens nosologique, et nullement son sens anatomique. Ce que nous disons là de l'hystérie et de la tuberculose n'est qu'un paragraphe d'un grand chapitre tout aussi vrai des rapports de toutes les névroses, et même de toutes les maladies du système nerveux, avec les diathèses et les maladies générales. »

Le Dr *Crocq* fils, agrégé de la Faculté de Bruxelles, dans son intéressante et très instructive communication au Congrès international de Psychologie de Munich (1896), soutient non seulement la question de l'hérédité en psychopathologie, — question devenue aujourd'hui un axiome, et que personne ne met plus en doute — mais encore admettrait volontiers avec Trousseau la transformation des affections morbides les unes dans les autres, et serait tenté de considérer *la tuberculose comme l'aboutissant de toutes les maladies diathésiques.* C'est croyons-nous aller un peu loin, et pareille affirmation est trop absolue; mais nous pensons que l'expérience permet de dire dans tous les cas que la tuberculose peut être, et est même relativement souvent, la fin possible de n'importe quelle maladie diathésique (hystérie, neurasthénie, etc.).

La diathèse, d'après le docteur Crocq, est un état morbide caractérisé par des troubles dans les mutations nutritives. Il paraît indiscutable que le système nerveux préside à tous les échanges nutritifs; il semble dès lors certain que les troubles nutritifs

permanents sont liés à des troubles permanents du système nerveux, qui dépendent de véritables dégénérescences de ce système.

Et, en vérité, *la dégénérescence et la diathèse* possèdent de nombreuses connexions; toutes deux sont des états morbides éminemment héréditaires. Dans les maladies diathésiques le Dr Crocq fait rentrer toutes les maladies de la nutrition, puis la tuberculose, le cancer, les affections herpétiques et nerveuses, l'aliénation mentale, les maladies du cœur, le fibrome, le lymphadénome, le sarcome, le rachitisme, l'ostéomalacie, la migraine, l'artério-sclérose, l'obésité, la scrofule, le rhumatisme. Ces maladies si nombreuses semblent toutes dépendre d'une cause commune.

Les auteurs modernes donnent à ces maladies le nom d'arthritiques; Crocq voudrait appeler simplement cet état *la diathèse,* ou trouble dégénératif du système nerveux. Cet état diathésique peut non seulement donner naissance à toutes les maladies que nous venons de signaler, mais il peut se transformer chez le même individu, ou donner lieu à des maladies par hérédité similaire ou par hérédité de transformation; et c'est ainsi que nous voyons un père aliéné donner naissance à des enfants sans tares psychiques proprement dites, mais dont l'un est goutteux, l'autre tuberculeux, un troisième cancéreux et ainsi de suite.

C'est aussi pour la même raison que nous voyons un hystérique ou un neurasthénique chronique échouer en fin de compte dans la phtisie pulmonaire; et il importe de se le rappeler lorsqu'il s'agit de porter le pronostic sur certains sujets hystériques ou neurasthéniques. Il faut savoir tenir compte en outre de la gravité de la diathèse: certains sujets ou certaines familles sont légèrement atteintes, d'autres le sont à un très haut degré.

En résumé, conclut le Dr Crocq, — et les médecins qui ont quelque expérience des maladies nerveuses ne seront pas éloignés de souscrire aux mêmes conclusions, — toutes les maladies diathésiques sont susceptibles de se transformer héréditairement en psychoses; celles-ci, d'autre part, se transforment fréquemment en toutes les affections dans lesquelles se présentent les manifestations de la diathèse.

Il n'y a qu'une diathèse, *la diathèse;* c'est l'état morbide, l'état de dégénérescence spécial, inné ou acquis, qui engendre les nombreuses maladies diathésiques et en particulier les psychopathies.

Cette manière d'envisager la question de *la diathèse* n'est pas entièrement partagée par l'école de Charcot, qui reconnaît bien la solidarité de la diathèse urique, de la tuberculose, de la syphilis avec la névropathie, mais nie la relation de cause à effet. D'après elle, il n'y a que des associations symptomatiques plus ou moins fréquentes; c'est une ques-

tion de terrain et non une question de graine. L'arthritisme et le nervosisme ont entre eux de nombreux points de contact, mais ils ne s'engendrent pas mutuellement, ni réciproquement.

L'hérédité névropathique reste donc la cause primordiale de l'hystérie ; la névrose est une branche de la grande famille névropathique. Ses rapports avec l'arthritisme, par exemple, ne sont jamais que des points de contact, et non des points de fusion ; l'hystérie est une dans son hérédité, comme elle restera indivisible dans son évolution[1].

Ces questions ne sont pas faciles à résoudre, et, à notre avis, ne peuvent être tranchées définitivement ni dans un sens, ni dans l'autre. Il reste un fait important et incontestable, c'est qu'il n'est pas rare de voir un arthritique, un goutteux par exemple, finir dans le cancer, comme de voir la tuberculose terminer l'hystérie grave. Il est difficile d'admettre toujours une simple coïncidence ; et ces faits, dont chaque praticien pourra se rappeler quelques cas, parleraient certainement en faveur de la transformation des diverses maladies dites diathésiques ; tandis que d'après Charcot, l'hystérie, *une et indivisible* selon son expression, ne pourrait être engendrée par l'arthritisme ou la tuberculose, la névropathie hystérique seule étant capable de produire

[1] Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie.*

l'hystérie. Dans les cas où il existe une affection organique à côté de l'hystérie, il s'agirait d'après Charcot d'une *forme mixte hystéro-organique.*

« Cette forme mixte existe-t-elle en réalité dans la clinique? Oui, très certainement; et peut-être est-elle même plus fréquente qu'on ne le croit, bien que, si je ne me trompe, les auteurs la passent sous silence. Chez un sujet hystérique, lorsqu'une affection organique se développe, les symptômes relatifs à chacune des deux affections peuvent se combiner de manière à constituer un métis pathologique, dont l'histoire naturelle doit être bien connue du médecin [1]. »

Cette assertion, aussi brièvement formulée, est certainement trop absolue, et gêne incontestablement l'interprétation de certains faits faciles à contrôler, et, il nous semble, tout à fait caractéristiques.

La question dans tous les cas vaut la peine d'être étudiée et serrée de près, et devrait être soumise à une sorte de plébiscite médical, dont les résultats seraient non seulement intéressants, mais fort utiles à connaître.

En effet, il ne s'agit pas seulement de discussions théoriques ou oiseuses, mais de la compréhension

[1] CHARCOT. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III et GILLES DE LA TOURETTE. *Traité de l'hystérie.*

qu'on se fait de l'essence même de la maladie, ce qui a de suite une grande valeur thérapeutique. Le régime, les soins hygiéniques, le genre de vie à prescrire, à une hystérique par exemple, seront tout autres, si l'on envisage, ainsi que cela se fait encore trop souvent, l'hystérie comme une simple névrose fonctionnelle ne présentant jamais de danger, guérissable quand le bon Dieu le veut bien, partant très relativement digne de l'intérêt du médecin, ou si l'on a dans l'hystérique la vision d'une tuberculeuse future possible. Les prescriptions du médecin seront aussi plus sérieuses, et plus sévères, s'il voit dans l'arthritique neurasthénique la possibilité d'une transformation de sa maladie en diabète, et ainsi de suite.

En outre, l'arthritisme et la neurasthénie marchent bien souvent de front, l'arthritique étant tout spécialement prédisposé, presque prédestiné, à la neurasthénie, qui devient alors une complication de la diathèse urique, et aboutit facilement à des troubles plus graves de la nutrition, à la phosphaturie ou à la glycosurie. Il n'est certes pas rare de voir l'arthritique goutteux verser peu à peu dans la neurasthénie, puis en fin de compte dans la glycosurie. Nous disons glycosurie et non diabète, car généralement dans ces cas-là, le diabète est léger, alimentaire, par cela même intermittent, bénin et guérissable, quand la maladie est prise à temps, et que le ma-

lade est d'un caractère assez énergique pour suivre le régime et le traitement qui lui sont imposés.

Il n'en est pas moins vrai que le mélange possible des affections arthritiques et de la neurasthénie complique fort le problème, et assombrit bien souvent le pronostic. Ajoutons que dans tous les cas de neurasthénie avec arthritisme, l'hydrothérapie est naturellement indiquée, lorsqu'on veut relever le tonus nerveux du malade, et donner un coup de fouet salutaire aux échanges organiques. Mais l'hydrothérapie n'est autorisée que si les forces du malade ne sont pas trop épuisées; et c'est alors à l'*hydrothérapie chaude et froide* qu'il faut avoir recours; et certainement, les douches dites écossaises sont, dans toutes les affections rhumatismales et arthritiques, de beaucoup préférables aux seules douches froides, dont quelques médecins, nous le reconnaissons, ont toutefois une crainte exagérée.

C'est ainsi que bon nombre de goutteux neurasthéniques, dans l'âge de 50 à 60 ans prennent des douches froides, se louent hautement de l'effet tonique et reconstituant qu'ils en éprouvent, et ne se plaignent pas de la moindre sensation pénible ou désagréable. Au contraire, toutes les fonctions se font mieux : l'urination est plus copieuse et plus complète, l'appétit plus aiguisé, la digestion meilleure, la circulation est plus active et plus régulière, le pouls plus calme et plus fort. Rien ne remonte

ces malades comme la douche ou la friction au drap mouillé; rien ne relève mieux l'abaissement de la tension du pouls.

Après la cure de Karlsbad ou de Vichy, le meilleur conseil qu'on puisse donner à un arthritique, est de faire pendant trois ou quatre semaines une cure d'air et de repos, combinée à un traitement bien ordonné d'hydrothérapie.

Evidemment, les douches ne peuvent être appliquées sans contrôle aux artério-scléreux, ou aux personnes chez lesquelles on peut soupçonner un état morbide du myocarde.

Chez un sujet arthritique, vers les 50 ans, lorsqu'on remarque de la dyspnée d'effort, des palpitations, de petits accès de suffocation nocturne, lorsqu'il se plaint que l'exercice de sa profession lui devient pénible, si l'examen du cœur permet de constater une accélération des battements, qui peuvent être réguliers mais toujours faibles, on est en droit, s'il n'y a aucun signe de néphrite interstitielle, de penser à une myocardite chronique dont le pronostic est toujours inquiétant. Certes dans ces cas-là, les douches seront exclues; mais l'on prescrira soit les eaux thermales indifférentes, soit les cures hydrothérapiques par les demi-bains tempérés, employés concurremment aux cures de lait, de repos, à l'usage de l'iodure de sodium et de la digitale.

Dans tous les cas de neurasthénie avec ou sans

arthritisme, nous ne pouvons trop recommander l'usage quotidien de la serviette mouillée, avec laquelle on fait chaque matin une friction de tout le corps, l'eau ayant une température de 22° à 14° C. Cette opération, faite au sortir du lit, doit être continuée toute l'année, et devenir pour le malade un besoin aussi impérieux que le manger et le boire.

La friction à la serviette mouillée est bien préférable à l'opération du « tub ; » elle n'impressionne en rien le sujet, et relève d'une façon remarquable la tonicité et l'énergie du muscle cardiaque; elle produit en réalité des effets qui rappellent beaucoup ceux de la digitale ; c'est un véritable tonique du cœur. Aussi pensons-nous que le jour n'est pas éloigné où l'hydrothérapie méthodique, tout au moins les applications de la serviette mouillée, joueront un rôle thérapeutique important dans les affections organiques du cœur.

Que de batailles pénibles et de luttes difficiles n'a-t-il pas fallu pour renverser les préventions et les préjugés qui avaient cours, même parmi les meilleurs médecins, contre le traitement hydrothérapique du typhus, de la scarlatine, de la rougeole, en un mot de toutes les affections fébriles aiguës!

On peut bien répéter ici que celui qui a détruit un seul préjugé a bien mérité de l'humanité.

Il en est, et il en sera de même de l'hydrothérapie appliquée aux maladies du cœur et à l'arthritisme.

Ici encore, l'eau employée judicieusement et en connaissance de cause, donne des résultats très favorables et très encourageants, si l'on n'oublie pas de placer en même temps les malades dans les conditions physiques et morales que nécessite le traitement de toutes les affections nerveuses et arthritiques.

Il ne faut pas oublier cet axiome thérapeutique si important que toutes les maladies de la nutrition ont pour origine quelque trouble du système nerveux; qu'en conséquence, le traitement le plus rationnel, c'est-à-dire le traitement causal, est celui qui s'adresse aux nerfs. C'est ce qui explique les bons effets de l'hydrothérapie et des bromures dans certaines périodes du diabète, de la glycosurie, et aussi de la goutte. L'hypothèse de Sir Dyce Dukworth, qui regarde la goutte comme une névrose, nous paraît en réalité fort admissible.

Le médecin, qui traite beaucoup de nerveux et d'arthritiques, arrivera, croyons-nous, à la conviction que les maladies arthritiques ne sont qu'une manifestation particulière d'une diathèse nerveuse; et il n'admettra certainement pas que l'état nerveux ne soit que secondaire, et produit par une intoxication due au ralentissement de la désassimilation et à l'expulsion insuffisante des produits ultimes de la nutrition. Les deux phénomènes sont évidemment intimement liés entre eux, et réagissent l'un sur

l'autre ; mais les troubles nerveux commandent certainement les troubles de la nutrition.

En résumé, la dyspepsie nerveuse et neurasthénique est une affection sérieuse par sa longue durée, sa ténacité et sa tendance aux rechutes. Dans tous les cas, on aura soin de relever avant tout, et le plus possible le moral du malade ; mais on ne le bercera pas d'illusions mensongères, plus dangereuses que la vérité telle qu'elle est. Car le neurasthénique exagère tout, et si le médecin lui dit que sa maladie n'est rien, que n'étant que fonctionnelle, dynamique, elle guérira vite, — ce qui ne sera jamais le cas, — il sera de fait beaucoup mieux pendant quelques jours : on le verra gai, plein d'entrain et de confiance ; il maudira le sort qui ne lui a pas fait rencontrer plus tôt un médecin si compétent et si entendu. Mais au bout d'un certain temps, quand il verra que les prévisions ultra-optimistes du spécialiste ne se réalisent pas, il retombera dans un abattement d'autant plus profond, qu'il aura été plus déçu dans l'espoir exagéré qu'on lui aura donné. Alors le médecin, qu'il portait aux nues, ne vaudra plus rien ; il vaudra même moins que les autres ; du reste aucun ne comprend sa maladie, ou tous le trompent ; navré, il abandonne la faculté, s'adresse de droite et de gauche à tous les empiriques qu'on lui signale, revient aux médecins, retourne aux empiriques, use et abuse des remèdes dont il lit les

miracles à la quatrième page des journaux, entretient ainsi du mieux qu'il peut sa neurasthénie, et finit par devenir l'un de ces « Juifs errants » de la médecine, comme les appelait Charcot, qui courent de pays en pays, de villes en villes, encombrant les cabinets des médecins à la mode, cherchant en vain une guérison, que dans ces conditions ils n'arrivent jamais à trouver.

Le médecin, qui aura quelque chance alors de sauver ces malheureuses épaves d'un naufrage complet, est celui qui osera leur dire franchement et carrément la vérité; qui tout en leur affirmant la possibilité, sinon la certitude d'une guérison, ne leur cachera pas le sérieux de leur état; qui saura leur dire que leur maladie sera, selon toutes les probabilités, très longue; qu'ils doivent s'armer de courage, et surtout de patience et d'énergie, opposant à la ténacité du mal une ténacité plus grande encore de caractère; et qu'il leur faut prendre enfin une fois pour toutes la ferme résolution de suivre pendant tout le temps nécessaire et sans dévier d'une ligne, la conduite tracée par le médecin. De cette manière si le malade est trompé, ce sera en bien, ce qui ne contribuera pas peu à relever son moral déprimé et abattu. Or, c'est le résultat qu'on doit chercher avant tout à obtenir, et sans lequel on ne peut espérer ni attendre aucun succès dans le traitement de la neurasthénie.

Les phénomènes cardiaques, qui se montrent dans les *dyspepsies nerveuses* sont parfois si intenses, et font croire si souvent à une *affection organique du cœur,* qu'ils méritent une mention toute spéciale dans une étude sur la neurasthénie, et les névroses de l'estomac. Ils constituent cette forme particulière de la neurasthénie encore relativement peu étudiée et peu connue, à laquelle on a donné le nom de *neurasthénie vaso-motrice,* et celui de *faux cardiaques* aux malades atteints de cette très pénible névrose.

La *neurasthénie vaso-motrice* est l'effet d'actions réflexes qui impressionnent plus spécialement les nerfs vague et sympathique, ainsi que la moelle allongée.

Le neurasthénique est très impressionnable, peu capable de résistance, et il réagit outre mesure à la moindre excitation, au plus léger choc. Chez les personnes prédisposées aux névroses cardiaques, les sensations périphériques ou centrales excitent avec excès la moelle allongée, et accélèrent l'action du cœur : de là les palpitations. *C'est la première forme de la névrose vaso-motrice, la forme excito-motrice par irritation de la moelle allongée et du sympathique.*

Une deuxième forme très importante, et très caractéristique aussi est produite par la parésie du pneumogastrique.

Ces deux formes sont généralement confondues, et existent simultanément avec prédominance de la

parésie ou de l'excitation, mais toujours avec intégrité de la fibre cardiaque. La forme purement parétique peut s'accompagner d'œdèmes très graves, qui coïncident généralement avec un état de faiblesse du cœur. Cette forme de parésie vasculaire se montre surtout chez les neurasthéniques cérébraux, chez les intellectuels surmenés, chez les personnes qui souffrent d'insomnies, chez celles qui ont fait des excès, ou qui ont été tourmentées par les soucis et les préoccupations de l'existence. Ce sont ces neurasthéniques qui se plaignent de *palpitations violentes, de syncopes,* de congestions à la face, de « sauts de sang » à la tête ; or, tous ces symptômes inquiètent terriblement ces malades pusillanimes, et leur inculquent cette idée, si difficile à chasser, d'une affection organique du cœur.

Il n'y a pas lieu de se préoccuper beaucoup de ces symptômes, ni des syncopes, alors même qu'elles se montrent dans les maladies du cœur. Car, ainsi que le dit le professeur Huchard, si la syncope est d'une façon générale un symptôme cardiaque, elle n'est pas le symptôme d'une affection cardiaque.

Il cite le cas d'un jeune homme atteint d'insuffisance mitrale, et sujet aux syncopes sans cause apparente. Ce malade était hystérique, et c'était l'hystérie qui était la cause des accidents de syncope. Ainsi un cardiaque à syncopes, à palpitations violentes, à phénomènes angineux, qu'on ne peut rapporter à

une affection des artères coronaires, doit être considéré comme suspect d'hystérie. *L'hystérie cardiaque peut donc se montrer chez de vrais cardiaques; de là de nombreuses erreurs de pronostic*[1].

Quant aux palpitations, elles sont d'un pronostic favorable, puisqu'elles ne constituent jamais le phénomène prédominant des cardiopathies organiques. Il en est de même des syncopes et des « douleurs au cœur. » *Les malades, qui n'accusent que ces symptômes, ont toute chance de ne pas être atteints de cardiopathie réelle, et de n'avoir que des troubles fonctionnels du cœur d'origine gastrique ou nerveuse.* Les bruits de souffle que l'on peut constater dans ces cas sont extra-cardiaques, et ne peuvent être constatés quand le malade est ausculté debout.

Quand un malade se plaint de palpitations, qu'il soit cardiopathe ou non, pensez à l'estomac et soignez-le[2]. Même quand un malade atteint d'insuffisance aortique a des vertiges, des lypothymies ou des syncopes, ne parlez pas de suite d'anémie cérébrale; mais rappelez-vous que dans la majorité des cas, *l'estomac est en cause.* C'est pourquoi il y a des palpitations admirablement calmées par la digitale, et d'autres aggravées par elles. « L'estomac, dit Leinac, est une des causes les plus ordinaires des palpitations,

[1] Prof. HUCHARD. *Conférences cliniques.* Journal de Méd., fév. 1896.

[2] Prof. HUCHARD. *Ibid.*

les dérangements de ce viscère ne doivent pas être perdus de vue dans le traitement de celles-ci, et les remèdes qui facilitent la digestion sont des remèdes de ces palpitations. »

Les palpitations nocturnes, regardées souvent à tort comme nerveuses ou arthritiques, doivent être attribuées très souvent à un état stomacal, surtout à l'hyperchlorhydrie et à l'hypersécrétion. Stokes dit que l'irrégularité de l'action du cœur n'est jamais plus forte que dans les cas où il n'y a pas de lésions vasculaires. Il y a du reste des gastropathies latentes chez des malades qui n'accusent qu'une lassitude générale, une insomnie, un amaigrissement inexpliqué jusqu'au jour où l'examen du suc gastrique éclaire le médecin sur la cause des accidents. C'est ainsi que des malades sont considérés pendant des années comme des cardiaques, et qui ne sont que des dyspeptiques.

Les intermittences du cœur, quand elles existent seules, sont rarement l'indice d'une maladie du cœur. L'abus du café, du thé, du tabac surtout, les troubles digestifs, sont les causes les plus fréquentes des intermittences. Elles sont souvent en rapport avec les fautes de régime alimentaire; et c'est ainsi que la dyspepsie des gens du monde, qui dînent souvent en ville, engendre de fausses cardiopathies, avec arythmie et palpitations intermittentes, d'origine gastrique. Quand on se trouve en présence d'une

arythmie cardiaque, sans souffle vasculaire, on ne peut se poser que deux diagnostics: celui d'une cardio-sclérose, à forme arythmique, et à son défaut, celui d'une arythmie nerveuse ou réflexe. L'absence des stigmates de l'artério-sclérose (hypertension artérielle, retentissement diastolique de l'aorte, signes de meiopragies viscérales et d'insuffisance urinaire, dyspnée alimentaire, etc.), permet le plus souvent d'arriver au diagnostic[1].

Le traitement des fausses cardiopathies consiste en : hydrothérapie, valérianate d'ammoniaque, massage, et *traitement de la dyspepsie.*

A propos des faux cardiaques, voici un cas intéressant d'hystérie simulant en tous points une lésion d'orifice.

Il s'agissait d'une femme de 23 ans, bien portante, qui depuis trois ans ressentait une vive douleur précordiale. Elle vint à l'Hôpital avec un œdème considérable des membres inférieurs, les lèvres bleuies, de la dyspnée. On constate un volume normal du cœur, mais à la pointe un souffle systolique rude et prolongé. De prime abord, on pense à une affection organique; mais en examinant de plus près, on s'aperçoit que la malade présente des signes hystériques très nets. C'est en se basant sur ces données, et sur le volume

[1] Bulletin médical, 6 mai 1896. « *Faux Cardiaques* », par le prof. Huchard.

normal du cœur, de la rate et du foie, sur l'état normal des urines, que le prof. Benzi émit l'idée de *cardiopathie hystérique avec œdème bleu*. La guérison de la maladie démontra le bien fondé du diagnostic [1].

Exemple de palpitations avec souffle extra-cardiaque (Huchard, *Journal des praticiens*, Mai 1896).

Une femme éprouvait depuis des années des palpitations violentes, et l'on avait constaté chez elle un bruit de souffle très fort. Les médecins consultés avaient conclu à une affection valvulaire grave. Quelques années plus tard, on la revit dans un état de santé parfaite. *La malade s'était guérie d'elle-même, à chaque crise, par l'administration d'un vomitif.*

Voilà certes un bel exemple de palpitations réflexes d'origine stomacale, et d'un souffle cardiopulmonaire ou extra-cardiaque, produit par l'excitation du cœur, consécutive elle-même à un état gastrique.

Stokes rapporte l'histoire d'un jeune homme que l'on crut atteint d'une cardite très grave, et qu'on s'attendait chaque jour à voir succomber. Une potion d'éther et de Laudanum ayant déterminé des vomissements abondants, ceux-ci furent suivis du retour complet de la régularité et de la tranquillité du cœur. Le bruit de souffle disparut, et la convalescence fut rapide et complète.

Chomel (Traité des dyspepsies) avait déjà remar-

[1] *Rev. clin. et thérap.*, n° 5, 1896.

qué que les palpitations sont parfois le seul symptôme de la dyspepsie, et qu'elles s'accompagnent aussi d'irrégularités et d'inégalités passagères des battements du cœur. Enfin, il écrit que la digitale aggrave les troubles de l'estomac, et comme conséquence les palpitations elles-mêmes qui sont liées à la dyspepsie; il ajoute que la condition physiologique de la production des troubles réflexes réside dans la superficialité des lésions, dans leur faible intensité. Aussi, Lasègue a-t-il pu formuler la loi suivante : *Des troubles fonctionnels des organes exaltent les réflexes ; les lésions organiques les suppriment.*

On voit ainsi, au début d'un cancer gastrique encore à peine développé, des phénomènes dyspeptiques très légers, avec des troubles cardiaques réflexes très intenses; un jour ceux-ci disparaissent ou s'atténuent; c'est le moment de se défier; car c'est le carcinome qui entre franchement en scène, par la formation d'une tumeur appréciable au toucher.

Au surplus, même dans les affections organiques du cœur, il faut avoir l'œil sur l'estomac. Dans la sténose mitrale, la maladie est au cœur, le danger est souvent à l'estomac. Huchard cite le cas d'une malade où la suppression du lait et une alimentation rationnelle ont été suivies de la disparition rapide des accidents cardio-pulmonaires, qui menaçaient d'être très graves, et qui certainement n'auraient pas cédé au seul traitement anti-asystolique.

La diminution de la résistance vaso-motrice est un symptôme très fréquent, dans n'importe quelle affection nerveuse. Les malades atteints de paranoia par exemple sont très sujets aux troubles vaso-moteurs. C'est ainsi qu'on remarque dans les psychoses, comme dans la neurasthénie, toutes les variétés de pouls qui peuvent résulter des troubles de l'innervation.

La faiblesse du cœur se remarque dans 20 % des cas de neurasthénie, et elle est extrêmement fréquente dans la neurasthénie traumatique. Les névroses du cœur se montrent aussi fort souvent chez les femmes nerveuses atteintes d'affections utérines; surtout chez celles qui ont été condamnées à un long repos, et qui, plus ou moins abandonnées, passent leur existence à penser à leurs maux et à s'apitoyer sur leur sort. On observe chez elles de l'oppression, une grande faiblesse, des palpitations, des angoisses cardiaques, le pouls rapide et intermittent, des arrêts souvent prolongés dans les battements du cœur. Ces arrêts troublent beaucoup les malades, les inquiètent et augmentent leurs angoisses et leur hypocondrie. Ces malades ont de plus des syncopes, des tremblements; ils sont très agités et sont pris d'une vraie terreur quand ils sentent l'approche de la crise. Cet état s'observe assez fréquemment après les grandes opérations sur l'utérus et ses annexes, ce qui tient à la perte de sang, autant qu'aux actions réflexes physiques et morales. Mais

c'est surtout dans la dyspepsie nerveuse qu'on observe les névroses du cœur; c'est dans l'atonie avec ballonnement et gonflement de l'estomac, avec ou sans dilatation ou fermentation, que les patients accusent des palpitations après les repas, des congestions à la face, des inquiétudes cardiaques et des crises de fausse angine de poitrine.

« Dans l'angine vraie, les douleurs sont en général fixes, tandis que dans la fausse, les irradiations sont multiples et variables. La fréquence des accès constitue une circonstance favorable; dans l'angine vraie, ils sont rares et le malade succombe souvent à la deuxième on troisième attaque. Dans l'angine vraie, les causes de l'attaque sont constituées presque uniquement par la marche, les efforts, les émotions ou la digestion. Dans l'angine fonctionnelle, l'effort n'a qu'une importance médiocre et les attaques sont plus fréquentes la nuit que le jour : point important, car on peut dire que les attaques, si effrayantes qu'elles soient, ressortent de la fausse angine lorsqu'elles ne se montrent que la nuit. *Dans l'angine vraie, les malades sont pâles, n'osent ni bouger, ni respirer; dans la fausse, au contraire, ils se lèvent, s'agitent, courent à la fenêtre, présentent un peu les caractères des crises asthmatiques*[1]. »

[1] *Angine de poitrine neurasthénique.* Rendu, *Journal de médecine et de chirurgie pratique,* juin 1896.

On peut aussi constater assez souvent, dans la *névrose cardiaque,* un ralentissement parfois considérable du pouls par excitation du pneumogastrique. En général, le diagnostic de la faiblesse nerveuse du cœur, de la neurasthénie vaso-motrice est facile; l'âge du sujet, la variabilité de l'intermittence des manifestations morbides, et surtout les phénomènes neurasthéniques généraux présentés par le malade (fatigue dans tout le corps, dépression morale, insomnies, sensibilité et irritabilité excessives, etc.), enfin, l'absence de symptômes objectifs, autorisent le diagnostic de névrose cardiaque ou vaso-motrice.

La crise ou l'accès cardiaque du neurasthénique est tout aussi caractéristique; le pouls est agité, mais ne présente pas les anomalies classiques du pouls mitral ou aortique; toutefois, nous l'avons vu se ralentir jusqu'à 50 pulsations, et avec de longs arrêts extrêmement pénibles pour le malade. Les symptômes d'oppression et d'angoisse sont fréquents, mais diffèrent sensiblement des accès asthmatiques des vrais cardiaques.

Dans certains cas de neurasthénie avec parésie du vague, on peut constater un véritable état de tachycardie. Mais ces phénomènes sont assez rares, et leur étiologie se trouvera généralement dans *l'abus du tabac ou de l'alcool.* Or ces symptômes peuvent d'autant plus facilement simuler une tachycardie de Basedow, que cette maladie ainsi que

nous l'avons dit, est fréquemment le couronnement d'une longue neurasthénie.

C'est ce qui explique peut-être que la maladie de Basedow devient dans notre époque de plus en plus fréquente; et ce sont précisément les neurasthéniques vaso-moteurs qui fournissent le plus fort contingent de la maladie de Graves. Les palpitations du cœur chez les neurasthéniques ne subissent pas l'influence du mouvement, ce qui est un point de diagnostic important; la marche, la course même sont sans effet sur elles. Il n'en est pas de même dans l'état organique; de plus, les neurasthéniques peuvent fort bien dormir couchés sur le côté gauche, ce qui n'est pas le cas des vrais cardiaques.

La neurasthénie cardiaque peut toutefois à la longue être la cause du « weakened heart, » ou même de myocardite. Dans ce cas, les patients sont en apparence bien portants, et ne se plaignent guère du cœur, tant qu'ils ne se livrent pas à des efforts musculaires exagérés; mais le pouls est petit, irrégulier et intermittent; puis il devient de plus en plus faible et lent (60 à 50 pulsations). En définitive, il se forme insensiblement une myocardite avec toutes ses suites.

Cet état du cœur est aussi le résultat presque fatal des exercices de sport exagérés, dont on use et abuse tant aujourd'hui. Il est incontestable que le sport, tel qu'on le comprend et qu'on le pratique

dans certains milieux, fait beaucoup plus de mal qu'on ne le suppose, et a produit, plus particulièrement sur le cœur, les effets les plus défavorables.

Le traitement de la névrose vaso-motrice est celui de la neurasthénie. Du reste, ces malades, comme tous les neurasthéniques en général, doivent s'abstenir avant tout d'alcool et de tabac, dont l'effet toxique sur le cœur est incontestable. Le tabac accélère d'abord, puis affaiblit ensuite les mouvements du cœur ; il produit en fin de compte, comme l'alcool, le « weakened heart, » et la myocardite. Nous pourrions citer de nombreux malades de tempérament arthritique qui n'avaient jamais présenté aucune vraie manifestation goutteuse, et qui furent pris vers 55 à 60 ans de symptômes de faiblesse du cœur avec myocardite : symptômes auxquels on ne pouvait assigner d'autres causes, outre un peu de surmenage moral, que l'abus avoué du tabac. Il est clair que dans les cas de syncope, de grande faiblesse, de pouls filiforme, l'alcool peut être indiqué de prime abord pour relever le tonus musculaire du cœur.

Le traitement hydrothérapique, quand on ne le limite pas à l'emploi de la douche froide, rend de grands services dans toutes les phases et les manifestations de la névrose cardiaque; on l'emploiera aussi avec succès même dans les affections organiques du cœur.

Si l'on peut supposer que l'excitation du sympathique prédomine, on prescrira les *demi-bains,* en évitant les températures trop basses. Les bains de 33° à 28° C. nous ont paru mieux réussir que les bains de 24° à 18° C., que l'on recommande dans quelques traités d'hydrothérapie, et que les malades supportent généralement assez mal. La durée de ces bains sera de 5 à 10 minutes. Ces demi-bains sont très calmants; ils produisent une détente dans l'action du système nerveux, et une diminution des pulsations ainsi que de la pression sanguine.

Le *demi-bain* consiste en une immersion dans une baignoire, l'eau arrivant à peu près à mi-corps. Le traitement débute généralement par un bain à la température de 32° à 34° C. Pendant l'immersion, dont la durée est en moyenne de 5 à 10 minutes au plus, on abaisse insensiblement la température de l'eau jusqu'à 30° et 26° C. Lorsque, au bout de 2 à 3 jours, le malade s'est accoutumé à ce refroidissement graduel, on lui prescrit le demi-bain de 28° à 24° C., puis de 26° à 22° C., et enfin même de 22° à 18° et 14°; mais ne descendant jamais au-dessous de cette température, qu'il n'est du reste pas toujours aussi facile d'obtenir que quelques praticiens le prétendent. Aussitôt que le malade est entré dans la baignoire, le doucheur lui verse sur la tête, le dos et la poitrine de l'eau à la température de celle du bain, et il le frictionne légèrement le long du dos et à la nuque.

Pendant ce temps, le sujet se frictionne lui-même la poitrine et les jambes; ou cette friction est faite par un second aide, ce qui généralement est préférable. Le bain terminé et la baignoire vidée, on verse lentement sur le corps du baigneur deux ou trois baquets d'eau, l'eau étant à deux degrés au-dessous de la température du bain; c'est l'affusion calmante après le demi-bain.

Le demi-bain pris de cette façon est calmant, et de plus révulsif.

C'est une des meilleures opérations balnéaires qu'on puisse faire dans tous les cas d'excitation nerveuse, quelle qu'en soit du reste la cause : dans la surexcitation alcoolique; dans la fièvre qui s'accompagne de délire, d'agitation cérébrale; puis dans l'exagération de l'excitabilité spinale (sclérose en plaques, réflexes exagérés); dans certains cas de *tabes dorsalis;* dans l'insomnie; l'excitation cérébrale; l'hyperesthésie rachidienne hystérique ou neurasthénique (irritation spinale); les pertes séminales, etc.

Les demi-bains frais ont sur l'ensemble de l'organisme une action tonique et calmante; ils stimulent les nerfs cutanés et, par suite, le cerveau et la moelle. L'effet est d'autant plus accusé que le système nerveux est plus faible et plus impressionnable; aussi, dans la détermination de la température qu'il faudra prescrire, aura-t-on toujours soin de se guider sur l'état nerveux du moment. Con-

trairement à l'avis de quelques médecins, qui pensent que les parties non immergées se congestionnent, on remarque au contraire que l'afflux sanguin se produit aux parties inférieures qui plongent dans l'eau.

On obtiendra le maximum de dilatation des vaisseaux sanguins de la peau en faisant précéder le demi-bain d'un enveloppement avec le drap mouillé. C'est incontestablement à cette dilatation vasculaire cutanée, et au *gonflement* des plexus terminaux des nerfs de la peau, que le malade doit le soulagement et le calme qui suivent l'immersion dans le demi-bain. Les affusions consécutives, les frictions le long du dos augmentent encore la circulation sanguine des organes centraux, et concourent ainsi à rendre ces opérations calmantes, en même temps que révulsives. Grâce à l'eau fraîche, grâce à la courte durée de l'immersion, et par le fait que la moitié du corps seulement est plongée dans l'eau, le demi-bain n'est jamais affaiblissant; et ses effets diffèrent beaucoup de ceux que produit le bain entier, qui calme, il est vrai, mais en laissant toujours après lui une sensation de lassitude.

« Les bains frais, écrit Rosenthal [1], ont une action tonique et fortifiante; on abaisse graduellement leur température en faisant des affusions fréquen-

[1] *Traité chimique des maladies du système nerveux*, page 321.

tes le long du dos. L'action stimulante de la température sur les nombreux nerfs sensitifs de la peau retentit sur le cerveau, sur les centres médullaires et vaso-moteurs, et renforce les actions réflexes qui président à la circulation, à la respiration et aux fonctions des viscères abdominaux. »

Le diamètre et la rapidité des courants sanguins qui traversent la peau diffèrent beaucoup, suivant la température actuelle des téguments, par suite d'une action sur les muscles vasculaires. Suivant que le bain dilate ou resserre les trajets vasculaires de la peau, la pression sanguine moyenne, le nombre des globules sanguins qui vont porter l'oxygène aux autres organes, diminuent ou augmentent, et ces phénomènes ont une grande influence sur la nutrition des tissus, sur l'élimination des matières excrémentielles. D'autre part, plus la température du bain est basse, plus la soustraction de la chaleur par l'eau doit agir sur le développement du calorique par le courant sanguin. L'action stimulante de la température sur les fibres nerveuses se fait sentir d'autant plus longtemps, que les nerfs s'écartent davantage du degré de chaleur du milieu ambiant.

D'après les recherches d'Osborne (*Dubl. Quart. Journ. of med. science,* 1862), l'eau refroidit douze fois plus que l'air ; elle est donc douze fois plus froide pour le corps, toutes choses égales d'ailleurs, que l'air à la même température. L'action sti-

mulante des bains frais sur le système nerveux doit être d'autant plus vive, que celui-ci est plus faible et plus impressionnable.

On fait souvent précéder les demi-bains refroidis des pratiques suivantes : *enveloppements mouillés*, surtout dans les accidents névralgiques et spasmodiques); ou *frictions avec des linges mouillés* (comme moyen stimulant plus faible). On obtient ainsi une dilatation des canaux sanguins de la peau, qui soulage et calme d'autant l'excitation des organes profonds.

Dans les cas de neurasthénie plus grave, et lorsqu'il s'agit d'une paralysie des centres vaso-moteurs, il faudra au contraire réveiller l'activité du pneumogastrique par une excitation énergique de la peau. On obtiendra cet effet par la friction au drap mouillé et par les douches fraîches, puis froides, appliquées sur la nuque, le dos et tout le corps. L'effet de ces applications est remarquable: l'excitation du vague diminue aussitôt le nombre des pulsations, pendant que les contractions du cœur deviennent plus fortes et prennent plus d'ampleur. Les vaisseaux de la peau qui se sont dilatés subissent une tension moindre, de sorte qu'ils peuvent recevoir une plus grande quantité de sang; il en résulte naturellement une diminution de la tension sanguine dans les organes internes, ce que prouve la courbe sphygmographique. Dans ces cas, les

bains tempérés ne sauraient être indiqués; ils augmentent en effet les pulsations et les phénomènes nerveux de faiblesse et de fatigue, en exagérant encore la parésie des centres vaso-moteurs.

L'accélération du pouls par parésie du vague sera traitée avantageusement dans les crises de palpitations par l'application de glace sur le cœur, par des compresses froides, ou des sachets de glace maintenus sur la nuque, qui ont pour effet une excitation du centre vaso-moteur.

On a aussi recommandé dernièrement, contre les palpitations, la douche statique appliquée sur le cœur pendant 10 à 15 minutes, à quelques centimètres de cet organe. Le résultat paraîtrait meilleur que celui qu'on obtient par la galvanisation du sympathique et du vague au cou.

Le Dr Massini loue les bons effets du phosphate de soude à la dose de 3 à 5 grammes par jour, dans la maladie de Graves et dans les névroses cardiaques.

Parmi les phénomènes d'angio-neurose qui sont aussi du ressort de l'hydrothérapie, mentionnons les hématuries sans lésion des reins, qui, d'après le prof. v. Leyden peuvent être produites par le simple surmenage.

Klemperer (séance de la Société médicale de Berlin, du 30 nov. 1896) cite le cas d'un vélocipédiste atteint d'une hématurie aiguë, après une course en

vélocipède de Berlin à Brandebourg; d'un officier qui fut pris d'une hématurie à la suite d'une course prolongée à cheval; enfin d'un jeune homme hémophylique qui, depuis l'âge de 16 ans, était sujet à des accès d'hématurie durant plus ou moins longtemps; l'urine contenait des cylindres sanguins représentant la configuration des tubes du rein, preuve que l'origine de l'hémorragie devait être placée dans le rein, et non dans un autre point des voies urinaires. Tous ces malades ont guéri complètement à la suite d'un traitement hydrothérapique.

Parmi les hémorragies rénales angio-névrotiques, Klemperer cite encore un jeune homme de 22 ans, dont les hématuries ne purent être attribuées qu'à une influence nerveuse; et un homme de 37 ans, guéri aussi par l'hydrothérapie, *et qui était atteint d'une insuffisance mitrale accompagnée d'hématurie.*

On peut déduire de ces faits, que les cas d'hémorragies rénales ne sont pas fatalement très graves; et que chez les hémophiles et les névropathes, on doit toujours songer à la possibilité d'une hématurie de cause névropathique ou angio-névrotique, en se rappelant néanmoins que les hématuries essentielles, par fatigue, ou de nature hystérique ou nerveuses, sont en réalité fort rares.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Aussitôt qu'on aura reconnu qu'un malade est atteint de névrose ou d'atonie de l'estomac, on s'empressera de le soumettre à un traitement approprié, en insistant surtout sur les agents physiques de la médecine. Les moyens pharmaceutiques ne viennent qu'en seconde ou en troisième ligne, quoiqu'on ne puisse contester à certains d'entre eux une valeur propre; et que d'ailleurs, il soit tout aussi peu raisonnable de leur refuser tout mérite, qu'il est peu rationnel de traiter ces affections par les seuls médicaments de la pharmacie.

Quant aux eaux minérales, — sauf peut-être le Mühlbrunn de Karlsbad, quand il est pris en petite quantité, un demi verre à deux verres au plus par jour, — elles doivent être proscrites du traitement de la névrose et surtout de l'atonie de l'estomac. Dans le catarrhe et l'ulcère, au contraire, elles surpassent de beaucoup en efficacité tous les autres traitements. Nous ne prétendons donc pas guérir l'ulcère, l'hyperacidité ou le catarrhe de l'estomac par l'hydrothé-

rapie seule, ni par le massage ou l'électricité. Mais aussi qu'on ne prétende pas davantage traiter par les eaux alcalines et salines la dilatation, les névroses, et la neurasthénie de l'estomac. Suum cuique.

Au surplus, les eaux de Vichy et de Karlsbad, pour ne citer que les plus illustres, ont une réputation si bien établie et si méritée dans un très grand nombre de maladies, qu'on peut leur enlever les neurasthéniques et les névrosés, sans nuire en aucune façon ni à leur clientèle, ni à leur renommée. Du reste, à Vichy par exemple, les médecins prescrivent aux neurasthéniques plus de douches qu'ils ne leur font avaler de verres d'eau. Dans tous les cas, nous avons toujours remarqué que les neurasthéniques, qui avaient obtenu de bons résultats des eaux de Vichy, étaient ceux qui avaient suivi dans cette célèbre ville d'eaux, une cure.... d'hydrothérapie

Conseiller à un atonique où à un neurasthénique de boire de l'eau à hautes doses, c'est le vouer fatalement à la dilatation; c'est en outre diluer maladroitement son suc gastrique, qu'on rend ainsi toujours plus insuffisant; c'est enfin augmenter l'élément aqueux dans un sang ou les parties solides sont loin de dominer. Il importe au contraire et avant tout de soumettre les malades à une sorte de diète sèche.

La diète ne comporte pas évidemment une abstention complète de tout liquide; mais on aura soin

d'en réduire le plus possible la quantité, et l'on défendra surtout aux malades de boire pendant qu'ils mangent. A la fin du repas seulement, nous permettons un verre de champagne sec, un verre de bière, un peu de cognac ou de Wiskey coupé d'eau ; ou mieux encore une tasse de thé au lait qu'on boira chaud, soit à la température de 50° C. à peu près. Le régime a son importance dans la névrose comme dans l'atonie, et nous estimons que c'est une faute de ne pas faire la part de l'alimentation dans le traitement de la dyspepsie nerveuse. En effet, l'expérience a prouvé qu'un malade atteint d'atonie ou de dyspepsie nerveuse ne supporte pas, ou digère mal certains aliments; et nous avons à tenir compte en outre de la condition où se trouve le suc gastrique. De fait, l'hypochlorhydrie réclamera naturellement un traitement diamétralement opposé à celui de l'hyperchlorhydrie. La névrose avec hyperacidité par exemple, sera traitée d'abord par les alcalins; c'est même le seul cas de névrose où les eaux alcalines seront ordonnées avec succès.

Les bains de mer, et généralement les bains salins, ne conviennent pas plus aux neurasthéniques qu'aux névropathes, qui sont plus excités que tonifiés par l'eau salée et la vague de la mer, dont les effets ressemblent à ceux de l'alcool, et produisent une excitation momentanée, suivie chez ces malades d'une dépression et d'une fatigue plus ou moins intense.

Le traitement que nous faisons suivre à nos malades, atteints d'atonie, de dilatation ou de névrose de l'estomac, comporte :

L'hydrothérapie,
L'électricité,
Le massage,
Le régime,
L'emploi de certains médicaments.

Hydrothérapie.

Aujourd'hui, presque tous les médecins spécialistes reconnaissent que les pratiques hydrothérapiques doivent être variées, individualisées, et que c'est une erreur et une faute grossière d'employer pour chaque malade le même traitement ; que la douche froide appliquée indifféremment à chacun, et quand même, manque souvent son but, et fait fausse route, en excitant par exemple des nerveux, quand il s'agit de les calmer. Ce n'est pas que nous veuillons rééditer le vieux cliché qui représente l'hydrothérapie comme une arme à deux tranchants ; nous le ferons d'autant moins que nous sommes convaincu, qu'à moins de recourir à des manœuvres excessivement violentes, il est difficile, le voulut-on, de faire vraiment du mal avec une douche froide. On peut même aujourd'hui reléguer, dans le domaine des préjugés causés par des faits mal inter-

prétés, la terreur qu'inspirait la douche appliquée à un malade atteint d'une affection cardiaque. La vérité est que, dans les affections de la valvule mitrale, dans l'hypertrophie du cœur qui accompagne la néphrite, on administre tous les jours les douches écossaises, les enveloppements de Priessnitz, les sudations d'air chaud ou de vapeur, non seulement sans qu'il en résulte aucun accident, mais même avec des résultats fort avantageux.

Dans le nombre incalculable de personnes qui prennent journellement des douches froides, souvent trop fortes ou de trop longue durée, en tous cas sans contrôle médical, c'est à peine si l'on peut citer un accident *scientifiquement* imputable à la douche. C'est une chose qu'il faut déclarer hautement ; car enfin, il est par trop commode de mettre, pour les besoins de la cause, au passif de l'hydrothérapie tous les phénomènes pathologiques que les médecins peuvent rencontrer chaque jour dans leur pratique, et cela en dehors de toute hydrothérapie.

Si l'on sait régler l'hydrothérapie de manière à éviter une excitation trop forte du système nerveux, et à ménager un mouvement régulier et normal de la réaction ; si l'on a soin de ne prescrire cet agent — nous ne disons pas l'eau froide, — que dans les conditions exposées plus loin, on ne peut admettre la possibilité d'accidents même légers dus à cette médication ; pas plus qu'on n'osera accuser la

strychnine ou la digitale, administrées selon les règles, d'être la cause des accidents qui peuvent arriver dans le cours d'une maladie. Pour aggraver sérieusement l'état du malade, il faudrait vraiment le vouloir et procéder avec une inconscience à peine croyable, ou une brutalité qu'évitent, pensons-nous, même les plus exaltés parmi les empiriques.

Est-ce à dire qu'après vingt années de pratique hydrothérapique, nous en soyons arrivé à prêcher le nihilisme balnéaire? Non certes; nous admettons au contraire que la méthode qu'on emploie, les procédés hydrothérapiques qu'on choisit, ont une telle importance qu'ils produisent des effets absolument différents suivant les cas: ainsi, tel état nerveux que la douche froide exaspère, sera calmé par une douche tempérée ou par le demi-bain, tandis que ce dernier moyen fatiguera le neurasthénique épuisé, qui sera en revanche relevé et tonifié par la douche fraîche (22° à 18° C.), ou froide (10° C.) etc.

En d'autres termes, nous reconnaissons et proclamons bien haut la nécessité et l'importance de l'hydrothérapie méthodique. Mais nous protesterons contre cette tendance absurde et irrationnelle qu'ont certaines personnes et même quelques médecins, d'imputer à un traitement exagéré ou mal compris toute aggravation de la maladie, toute apparition de symptômes morbides nouveaux, qui ne sont que l'apanage de la maladie elle-même, et la

suite naturelle d'une évolution fatale, que rien ne peut arrêter.

L'hydrothérapie est une des branches de l'art médical qu'il importe de bien connaître avant de la pratiquer, au même titre que le médecin doit connaître les effets des médicaments qu'il prescrit, et les doses qu'il ne peut dépasser. Malheureusement, aujourd'hui encore, bon nombre de médecins pensent qu'il suffit de conseiller les douches, sans se soucier autrement de la manière dont elles doivent être prises. Les malades vont n'importe où; souvent même la question du bon marché détermine le choix de l'Etablissement balnéaire. Si la cure ne réussit pas, ou ne réussit qu'à moitié, c'est la faute de l'hydrothérapie qui n'en peut mais, et qu'on accuse de méfaits dont la responsabilité remonte en réalité au médecin traitant. Celui-ci probablement n'aura pas été assez ferme et assez sévère; il n'aura pas imposé à son malade le choix d'un Etablissement présentant toutes les conditions, nombreuses mais rarement réunies, qu'on est en droit d'exiger aujourd'hui d'un Etablissement hydrothérapique sérieux, et du médecin qui le dirige.

Mais d'un autre côté, si le médecin a employé l'hydrothérapie scientifiquement, physiologiquement, dirons-nous; s'il peut prouver qu'il n'a rien fait de contraire à l'art qu'il pratique, on doit rendre à l'hydrothérapie la même justice qu'aux autres

systèmes thérapeutiques; et si malgré tous les efforts le malade n'est ni guéri, ni soulagé, on doit savoir reconnaître qu'en ce cas comme dans tant d'autres, hélas! la maladie a été plus forte que le traitement.

En pesant ainsi de sang-froid et avec impartialité tous les éléments de la question, et en comparant les résultats des différents systèmes de traitement dans les maladies chroniques, on verra que l'hydrothérapie reste l'un de nos agents thérapeutiques les plus précieux, et en même temps l'un de ceux qui offrent le plus d'innocuité; et que dans tous les cas, rien ne l'égale même de loin, dans le traitement des affections nerveuses et neurasthéniques.

On peut juger de l'innocuité de l'hydrothérapie par le fait que, malgré les exagérations vraiment insensées des fanatiques successeurs de Priessnitz et parfois de Priessnitz lui-même, les résultats des traitements les plus excessifs et les plus énergiques ne furent en réalité nullement défavorables, ainsi que le montre la statistique suivante, bien faite pour rassurer les plus timorés.

Du 16 avril1839 au 27 septembre 1842, le docteur Gleich a traité 723 malades par l'hydrothérapie empirique de Priessnitz, soit par les maillots et les sudations prolongées, soit par les demi-bains etc. 684 ont guéri; 7 sont morts; 32 résultats sont restés nuls. A Græfenberg, de 1829 à 1842, Priessnitz a

perdu 12 malades. Ces douze décès se répartissent sur un total de 8414 malades, soit un mort sur 701 individus : minimum qu'on atteint rarement dans les conditions les plus favorables; or les procédés de Priessnitz étaient souvent d'une brutalité aussi aveugle que rustique.

Avant d'exposer notre thérapeutique des névroses et de l'atonie de l'estomac, citons d'abord quelques aphorismes hydrothérapiques importants, qui sont la base et comme le résumé des principes à suivre dans l'application de l'hydrothérapie.

1° *Il faut, avant de tonifier par l'hydrothérapie, avoir préalablement calmé l'éréthisme nerveux;* en d'autres termes, *avant d'instituer le traitement hydrothérapique, il faut étudier attentivement le malade, afin de reconnaître si ce sont les phénomènes d'excitation nerveuse qui dominent en lui, ou au contraire les phénomènes de dépression.*

Si l'état nerveux est très accentué, on ne commencera pas le traitement par des douches froides, sous peine de voir cet état s'aggraver.

Il est certain par exemple que les douches froides appliquées mal à propos peuvent aggraver la paralysie générale, la sclérose en plaques, ainsi que toute maladie dont le caractère principal est un état de surexcitabilité ou d'impressionnabilité nerveuse excessive. C'est qu'en effet, si la douche froide est un puissant reconstituant, et un admirable tonique,

elle est aussi un excitant; or le nerveux excité que l'on soumet d'emblée aux douches froides ne sera pas tonifié, mais surexcité.

2° *On ne peut obtenir les effets toniques de la douche que si le malade offre une certaine force de résistance.*

La cure sera certainement peu efficace si le malade est profondément épuisé, s'il a atteint les dernières limites de l'anémie ou de la neurasthénie; l'organisme, n'ayant plus l'énergie nécessaire pour réagir, ne ressent que la fatigue qui accompagne tout traitement mécanique, et la douche froide affaiblira plus qu'elle ne remontera. C'est dans ces cas qu'il faudra faire précéder le traitement hydrothérapique de la *cure américaine.*

En revanche, quand la neurasthénie n'est pas très avancée, au début par exemple, l'hydrothérapie fait merveille; et certainement elle épargne, aux malades qui ont été assez bien inspirés pour se soumettre à temps à ce traitement, de longs mois, peut-être même des années de souffrances.

C'est à ce moment qu'il faut envoyer les neurasthéniques dans nos établissements. L'hydrothérapie réussit, dans les cas légers de neurasthénie, certainement mieux et plus vite que la cure de Weir-Mitchell. Cela tient à ce qu'on peut joindre à l'hydrothérapie, au repos et à la tranquillité, la vie simple, les distractions, les promenades, la gymnastique,

les jeux qui demandent de l'activité, toutes choses excellentes quand il s'agit de neurasthénie, et qui manquent absolument dans la cure de Weir-Mitchell.

En revanche, nous avons vu réussir la cure américaine là où l'hydrothérapie avait échoué, c'est-à-dire dans des neurasthénies graves, accompagnées d'une profonde prostration psychique, d'une absolue incapacité de marcher, d'un abattement physique et moral extrême ; dans tous les cas où les symptômes de dépression morale, de fatigue et d'épuisement, de besoin de solitude et d'isolement étaient arrivés à un degré tel, que tout traitement qui réclamait la moindre participation active du malade était devenu impossible, et où le repos absolu, l'isolement complet du monde se présentaient comme le dernier refuge, le seul espoir du malade.

Nous formulerons donc ces deux premières règles hydrothérapiques :

Calmer avant de fortifier, et n'employer l'hydrothérapie que si les forces du malade le permettent.

Lorsque le malade sera trop faible, trop épuisé pour que nous puissions espérer un bon effet des applications toniques de l'hydrothérapie, nous lui prescrirons au préalable une cure préparatoire par l'isolement, le repos, le massage, etc., tout le traitement spécial et aujourd'hui bien connu de Weir-Mittchell. Mais il n'est pas nécessaire de suivre ce

traitement à la lettre toujours et coûte que coûte ; il faut savoir le varier, le conduire avec mesure et modération, l'individualiser en le changeant suivant les exigences de chaque cas.

Rien ne doit être absolu en médecine comme ailleurs : exécuter servilement un programme rédigé d'avance, immuable, servant indifféremment pour tout le monde, est une grave erreur et une faute, dans laquelle ne tombent que trop souvent les malades, et parfois les médecins. On en est même arrivé à renchérir encore sur les rigueurs déjà très suffisantes de la cure américaine. Or, ces exagérations, peu motivées, ont dégoûté bien des malades de continuer un traitement qui les aurait peut-être sauvés, mais dont les prémices avaient singulièrement refroidi leur courage, et fait tomber toutes leurs bonnes résolutions.

Quand après un certain temps de « cure de lit et d'isolement, » on ne remarque aucune amélioration dans l'état moral du malade ; qu'il paraît au contraire plus affecté ; que la tristesse et l'abattement s'accentuent ; que l'ensemble des symptômes neurasthéniques ne diminue guère, s'il n'augmente pas, on aurait tort de s'obstiner dans un traitement qui très probablement est mal approprié à ce cas particulier ; il faut chercher autre chose.

Tout le monde n'est pas fait pour la même thérapeutique, alors même qu'il semble *a priori* parfaite-

ment logique de l'employer. Et si, dans quantité de cas de neurasthénies graves, le traitement américain fait de vraies merveilles, il en est d'autres où il échoue complètement, parce que la défaillance et le manque de ressort du malade sont tels, qu'il ne peut supporter la sévérité extrême du régime en question. Si nous en croyons notre expérience et ce que nous avons vu ailleurs, les exceptions sont plus nombreuses que les fanatiques de la *Mastkur* ne veulent en convenir.

L'obstination en médecine, quand elle n'est pas la persévérance dans l'observation ou la ténacité dans le travail, est un défaut grave, parce qu'il est plein de mécomptes et même de dangers.

Une troisième règle hydrothérapique très importante, et qu'il ne faut jamais perdre de vue, *c'est de n'appliquer la douche froide que sur un corps bien préparé par une préaction suffisante; en d'autres termes de ne jamais appliquer l'eau froide que quand le baigneur a très chaud.*

Cela est surtout d'une très grande importance chez les anémiques et les neurasthéniques. En effet, ces malades, qui n'ont déjà qu'une chaleur insuffisante, supportent mal toute soustraction de calorique ; la réaction se fait insuffisamment ou manque tout à fait, si la douche froide n'a pas été appliquée sur le corps bien préparé par une préaction active ou passive, plaçant le sujet dans les conditions voulues pour une bonne réaction.

Les malades se plaignent-ils d'avoir des frissons quelque temps après la douche, et de ressentir pendant le jour une impression de froid très désagréable, il est clair que dans ces conditions, la douche ne peut faire aucun bien. Le baigneur doit au contraire ressentir après la douche une chaleur plus ou moins vive à la peau, avoir le sentiment d'une circulation cutanée plus active, plus régulière, plus rapide, et éprouver pendant le jour ce bien-être particulier dont jouissent tous ceux qui font de l'hydrothérapie dans de bonnes conditions, c'est-à-dire en accomplissant cette réaction franche et énergique qui témoigne avec certitude que la cure hydrothérapique réussit, ou réussira dans les limites du possible.

Lorsque la chaleur du corps ne peut être élevée par une promenade en plein air, ou lorsque le temps froid ou pluvieux s'oppose à une préaction suffisante, nous faisons précéder la douche froide ou le bain froid d'une douche chaude, très chaude même, mais courte; ou nous faisons séjourner pendant quelques instants le malade dans une salle de vapeur ou d'air chaud; ou encore nous faisons faire l'opération hydrothérapique au saut du lit.

En un mot, le malade ne doit se présenter à la douche que quand il a bien chaud et qu'il éprouve même une légère sudation, qui lui fait désirer l'eau froide presque instinctivement. Si ces conditions sont remplies, l'eau froide réussit toujours.

Nous formulerons donc notre troisième aphorisme de la manière suivante :

N'appliquer l'eau froide que sur le corps dont la chaleur aura été préalablement augmentée par une promenade à l'air libre, la chaleur du lit, une douche d'eau chaude, ou par un bain d'air chaud ou de vapeur. On recommandera donc, aux anémiques et neurasthéniques atteints de prostration et de grande faiblesse, les cures d'été ou de printemps, ou les cures d'hiver dans le Midi.

Quatrième règle. Les applications hydrothérapiques pour être toniques doivent être courtes, froides, et à percussion énergique.

Le traitement hydrothérapique tonique par excellence est sans contredit la douche froide en pluie et en jet, appliquée avec une pression de deux à trois atmosphères sur tout le corps pendant 10 à 20 secondes. Mais avant d'en arriver là, (car il faut se garder de faire prendre l'eau froide d'emblée), on aura recours à certaines précautions et pratiques balnéaires qui sont indispensables, et qui sont destinées à préparer graduellement le malade à l'eau froide, et à éviter ainsi tout ce qui peut retarder ou compromettre le succès du traitement.

L'exposé général de la technique hydrothérapique nous conduirait trop loin; du reste, nous avons déjà expliqué notre manière de comprendre l'hydrothérapie dans notre travail « Etudes tech-

niques et pratiques sur l'hydrothérapie, » auquel nous renvoyons nos lecteurs.

Voici notre manière d'employer l'hydrothérapie dans le traitement de l'atonie et de la névrose de l'estomac; et nous pensons que ce traitement donne au point de vue hydrothérapique les meilleurs résultats.

Nous dirigeons sur l'estomac la douche alternativement chaude et froide, d'abord pendant 20 à 30 secondes, à la température de 35° à 40° C., puis pendant 10 secondes à 14° ou 10° C.; et ainsi de suite, en prolongeant l'une et l'autre douche alternée pendant 2 à 3 minutes, et en finissant l'opération par la douche froide en pluie ou en jet brisé, dirigée sur tout le corps pendant 10 à 20 secondes. Pendant l'application locale, on aura soin d'envelopper le haut du corps d'une couverture de laine, dont le baigneur se débarrassera avant de recevoir la douche froide générale.

Les effets stimulants et vivifiants de la douche ne tardent pas à se faire sentir; ils se manifestent par des digestions plus faciles, et par la diminution des renvois; le malade gagne de l'appétit; il ressent moins de pesanteur après les repas; il jouit d'un sommeil moins troublé et plus réparateur; et, conséquence toute naturelle, il a plus d'entrain, plus de vigueur, et surtout moins d'hypocondrie.

Dans certains cas d'atonie ou de neurasthénie

avec tendance à l'excitation nerveuse, nous prescrivons la douche chaude écossaise appliquée pendant une à deux minutes sur tout le corps, et plus particulièrement sur l'estomac, *et suivie non de la douche, mais de la piscine froide, ou du drap mouillé.*

Ce procédé hydrothérapique est préféré par un grand nombre de personnes, qui sont à la fois anémiques ou neurasthéniques, et très excitables. La douche froide paraît les stimuler trop vivement; et elles trouvent dans la piscine fraîche ou froide, après une douche chaude, un agent aussi agréable qu'efficace, qui calme en tonifiant. Nous ne saurions trop recommander cette application balnéaire, qui est certainement de tous les procédés hydrothérapiques celui qu'on prend avec le plus de plaisir, et qui dans bien des cas nous a permis de traiter avec avantage des névropathes neurasthéniques réfractaires aux douches, nous disant n'avoir pu jusque-là supporter aucun traitement hydrothérapique.

Tel est le traitement hydrothérapique qu'il convient d'employer dans l'atonie de l'estomac neurasthénique ou non. En somme, c'est aux douches qu'on s'adressera généralement : douches chaudes, froides, tièdes, alternatives ou écossaises, suivant le cas. Mais on n'oubliera pas que chez les malades très sensibles à l'action excitante de la douche, on obtiendra un résultat très avantageux de la friction au drap mouillé, ou de l'emploi de la piscine après la

douche chaude, alors que les douches froides mal supportées ne réussissaient absolument pas.

Les maillots, les demi-bains, les bains de vapeur ne conviennent pas aux neurasthéniques épuisés ou très affaiblis.

Le traitement hydrothérapique de la névrose de l'estomac, ou de la neurasthénie accompagnée d'une grande irritabilité nerveuse, est sensiblement différent, et bénéficiera moins des douches toniques que des procédés balnéaires indiqués dans les affections nerveuses, caractérisées par une impressionnabilité excessive, et une forte tendance à la surexitation. Dans ce cas, les douches froides ne valent rien, du moins au début du traitement; car elles ne réussiront qu'à exaspérer l'état nerveux, et à surexciter le malade.

C'est grâce à l'usage intempestif de la douche froide, et à son effet surexcitant dans *certains* états nerveux, que quelques médecins en sont venus à se demander si l'hydrothérapie (ils auraient dû dire « la douche froide ») est bien, ainsi qu'on le prétend, une sorte de spécifique des maladies nerveuses.

En réalité, l'hydrothérapie convient toujours dans les maladies nerveuses ; il s'agit seulement de savoir ce qu'on fait et ce qu'on veut obtenir.

On n'appliquera pas à un excité la douche froide, mais les moyens calmants de l'hydrothérapie; de même qu'on cherchera à stimuler, et non à calmer,

un atonique ou un déprimé, auquel conviendra la douche et non le demi-bain.

Partout et toujours la réussite du traitement, ou son insuccès, dépendra en grande partie du procédé balnéaire, du tact, et de l'expérience de la personne qui emploie l'hydrothérapie. Il est donc très injuste de dire que l'hydrothérapie n'est qu'excitante, parce qu'on a pu observer chez quelques névropathes un effet excitant ou surexcitant des douches. La douche froide au surplus, si elle est souvent excitante, ne l'est pas toujours tant s'en faut; et si elle excite certains sujets, elle en calme d'autres : tout dépend du terrain. Il est incontestable cependant que certains états nerveux, — disons plutôt certains nerveux,— supportent mal les douches froides, parce qu'ils en ressentent un effet trop excitant. De là à tirer la conclusion que l'hydrothérapie est trop excitante pour les névropathes, il n'y avait qu'un pas; surtout si, pour le franchir, on se contente d'une observation superficielle, et d'une statistique de quelques malades.

Ce qui fait le mérite de l'hydrothérapie, et ce qui lui donne une si grande valeur thérapeutique dans le traitement des maladies nerveuses, c'est d'être tout autant calmante qu'excitante; sédative, tout autant que stimulante et tonique. Il suffit de connaître pour chaque cas la manière de l'employer; et lorsqu'on voudra calmer un excité, il ne faudra pas choisir

précisément la douche qui excite; de même qu'on ne s'adressera pas aux procédés calmants de l'hydrothérapie, quand il s'agira de relever les forces affaiblies d'un anémique, ou de stimuler une nature apathique.

Les effets de l'hydrothérapie sont singulièrement compliqués; ils produisent des effets physiologiques si multiples, qu'on ne tranchera pas la question en disant simplement : l'hydrothérapie est excitante ou elle est révulsive, etc.

Le fait est, que l'hydrothérapie est d'une manière générale, et suivant la méthode employée, ou stimulante et tonique, ou calmante, ou révulsive, voire même dépurative.

Cela soit dit en passant, et pour répondre à ces assertions si facilement exprimées et absolument injustes, que l'on entend quelquefois formuler par des personnes qui, tout en parlant *ex cathedra,* ne connaissent pas par expérience les effets des différents procédés de l'hydrothérapie.

Nous retrouvons, dans le traitement hydrothérapique de la névrose de l'estomac, une de nos règles balnéaires fondamentales : calmer avant de tonifier.

Comment satisfaisons-nous à ces conditions?

Dans les névroses avec irritabilité excessive, et excitabilité toujours en éveil, c'est avant tout aux procédés calmants de l'hydrothérapie qu'on aura recours. Ces procédés sont dans l'espèce :

Le demi-bain,
Le maillot calmant,
Le drap mouillé calmant,
La douche en pluie tiède (26° à 28° C.), ou fraîche (20° à 22° C.).

Le demi-bain, dont nous avons exposé plus haut la technique, est un de nos meilleurs moyens de traitement dans tous les cas d'excitation nerveuse; dans la surexcitation alcoolique; dans la fièvre avec délire; dans l'insomnie; dans l'excitation cérébrale; dans l'irritation spinale à forme hyperesthésique, avec pertes séminales, etc. Mais, de même que nous l'avons vu en parlant de la douche, le demi-bain est loin de convenir à tous les malades.

C'est ainsi que les neurasthéniques très affaiblis ne le supportent pas, quand même ils présenteraient des symptômes d'excitation, celle-ci n'étant en réalité qu'une résultante de la faiblesse générale. C'est une exaltation nerveuse due à l'épuisement; le malade trop faible ne réagit pas suffisamment : car la soustraction de chaleur est trop forte pour sa résistance; de là, frissons dans le bain, sensation désagréable de froid, agitation, etc. L'effet calmant fait place à la réfrigération du corps qui peut présenter des inconvénients sérieux.

En un mot, les personnes faibles et atteintes d'agitation nerveuse n'ont aucun profit à retirer des demi-bains ; à ces malades conviennent des applica-

tions, qui tiennent le milieu entre les moyens toniques de l'hydrothérapie et ses moyens calmants. C'est alors que réussissent fort bien les douches fraîches en pluie (de 18° à 22° C.), ou chaudes (32° à 35° C.), et finissant à 20° ou 18° C.; puis des frictions légères avec le drap mouillé trempé dans de l'eau à 26° ou 22° C. Cette opération, qui ne dépassera pas une à deux minutes, doit cesser aussitôt que le drap devient chaud; elle sera suivie d'affusions sur tout le corps y compris la tête.

Ces applications sont parfaitement supportées par tous les malades, et elles conviennent particulièrement aux personnes faibles et irritables. En effet par ce moyen on calme sans fatiguer, et pour ainsi dire sans exiger du malade aucun effort. Après l'opération les malades ne font pas de réaction active, mais gardent le lit pendant une heure.

Une autre application calmante est *l'enveloppement dans le drap mouillé, le maillot calmant.*

On peut supposer que les effets calmants du maillot sont dus à une dilatation, à une sorte d'épanouissement, ou de gonflement humide de l'extrémité périphérique des nerfs; ce relâchement serait la conséquence de l'irritation du début.

Nous savons au surplus que, si l'on enlève au corps une certaine quantité d'eau, on peut faire naître artificiellement une excitation nerveuse, tandis que le contraire produit un effet calmant. Quoi qu'il en

soit, qu'on explique l'effet sédatif du maillot par la détente musculaire, par le repos horizontal, ou par l'action particulière du drap mouillé sur les nerfs périphériques, le résultat est assuré. La sensation de calme est transmise aux centres nerveux, d'où elle rayonne dans tout l'organisme. Aussi l'efficacité du maillot hydrothérapique dans l'insomnie et l'excitation nerveuse est-elle incontestable; ses effets varient suivant le temps pendant lequel il est appliqué : le fait-on durer de 10 à 20 minutes? il sera calmant; veut-on obtenir de lui un effet sédatif? on renouvellera le drap mouillé aussi souvent qu'on voudra, cinq, six fois et même plus, dès que le malade sentira que le drap devient chaud.

Les bains de siège froids et à eau courante sont excellents dans tous les cas d'atonie simple de l'estomac, et surtout des intestins; dans la constipation par atonie; et plus spécialement dans les cas de neurasthénie sexuelle; ou quand on aura des raisons pour attribuer l'atonie de l'estomac à un surmenage des organes génitaux; ou encore dans les cas, assez rares du reste, où la faiblesse des organes génitaux paraît être une suite de la neurasthénie [1]. En effet, si les excès vénériens, l'impuissance sexuelle et la spermatorrhée conduisent souvent à la neurasthé-

[1] P. Glatz. *Etude sur les bains de siège et les différentes formes de l'impuissance,* 1882.

nie, il est fort rare que les neurasthéniques se plaignent de faiblesse des organes génitaux. On proscrira les bains de siège chez les malades atteints d'éréthisme de ces organes, ou lorsqu'on voudra éviter tout afflux de sang dans les organes du bassin.

N'oublions pas enfin de mentionner l'efficacité de la ceinture de Priessnitz dans la dyspepsie gastro-intestinale, qu'elle soit d'origine atonique ou nerveuse.

Quant aux enveloppements de tout le corps, d'après le système Priessnitz, on les a beaucoup employés jadis, et on en a certainement abusé; ils sont moins en faveur maintenant; car aujourd'hui les dyspeptiques par atonie étant généralement des neurasthéniques, ne peuvent supporter les longues et fatigantes applications des maillots d'autrefois. Cependant, les anciennes méthodes de Priessnitz peuvent présenter encore des avantages dans le traitement de l'arthritisme et de l'albuminurie, chez des malades à constitution robuste et à résistance énergique.

Les pléthoriques, les exubérants bénéficieront des sudations par les maillots. Mais où sont aujourd'hui les goutteux et les arthritiques à tempérament athlétique? Ce n'est point une espèce « fin de siècle, » et leur race n'est déjà plus qu'un souvenir, pour ne pas dire une légende.

Nestor Roqueplan nous donne dans « Parisine »

l'analyse tristement humoristique du sang d'un « snob » fin de siècle.

Sérum	80	parties.
Globules	2	»
Eau	9	»
Iodure de Potassium	9	»
Fer	0	»
Total.	100	

N'y a-t-il pas là plus qu'une boutade de pessimiste?

Comme dernier vestige et dernier souvenir de la technique hydrothérapique de Priessnitz, nous n'avons plus guère à recommander que l'emploi de la ceinture de Neptune, « la compresse échauffante, » appliquée autour du ventre dans les cas de dyspepsie gastro-intestinale. *(Sic transit gloria mundi.)*

La ceinture de Priessnitz est, comme on le sait, une bande en toile trempée dans l'eau froide et appliquée sur le ventre. On la recouvre d'un fin taffetas imperméable, et de flanelle. Elle agit en stimulant les fonctions sécrétoires et motrices de l'estomac et des intestins. Certains malades ne tolèrent pas la ceinture humide; la réaction fait défaut, et la sensation de froid se prolonge indéfiniment.

Winternitz a imaginé tout récemment un moyen très simple de faire supporter à ces malades la compresse humide: il applique dans la région de l'esto-

mac, par dessus la compresse, un tube ou coussin en caoutchouc, à travers lequel circule constamment de l'eau chaude à 40° C. La sensation de chaleur du tube étant plus intense que la sensation de froid provenant de la compresse, le malade ne frissonne pas, et la réaction se produit énergique et salutaire.

Winternitz aurait obtenu par ce procédé des résultats très satisfaisants dans des cas d'Hystérie gastrique grave avec vomissements incoercibles, après que tous les moyens imaginables avaient été essayés en vain.

Le malade, placé dans le décubitus dorsal, gardait la compresse pendant une demi-heure avant et après le repas.

Ce moyen est en outre à recommander non seulement dans les dyspepsies atoniques et nerveuses, mais aussi dans les affections organiques de l'estomac.

Electrothéraphie.

L'électricité joue, et à juste titre, un rôle très important dans le traitement de la neurasthénie et des dyspepsies nerveuses.

L'électricité peut agir directement sur les nerfs et les muscles de l'estomac et des intestins; mais en outre, elle agit aussi sur l'ensemble du système nerveux en le stimulant, et en lui communiquant une nouvelle vigueur. L'action de l'électricité se fait sentir directement sur l'appareil nerveux et glan-

dulaire, en augmentant la sécrétion du suc gastrique ; et indirectement, par tous les actes réflexes consécutifs à l'excitation des nerfs périphériques. L'électrisation du ventre augmente l'innervation motrice des nerfs et des ganglions de l'intestin, ainsi que les sécrétions intestinale et pancréatique ; elle calme aussi les sensations si pénibles que ressentent les nerveux et les hypocondriaques atteints de météorisme, de gonflement gastro-intestinal ; ce qui constituait la dyspepsie flatulente des anciens. Le massage électrique, la faradisation, et la galvanisation font disparaître la sensation de tension et de trop plein produite par la distension intestinale. Ces opérations aident à l'expulsion des gaz, ce bienheureux soulagement que les malades attendent avec tant d'impatience. C'est aussi un excellent moyen de combattre la disposition à l'accumulation partielle des gaz dans les colons et dans le gros intestin, accumulation qui est souvent la cause de très vives douleurs, et donne une grande inquiétude aux malades. Parfois le gonflement gastro-intestinal n'est pas dû uniquement à la faiblesse nerveuse, mais il se rattache aussi à une véritable atrophie musculaire (atrophie des muscles de l'intestin, et des muscles de Brucke)[1].

Quelle que soit au surplus la cause de la parésie,

[1] Voir prof. NOTHNAGEL. *Physiologie und Pathologie des Darmes.*

l'électricité est un traitement aussi rationnel qu'avantageux, et qui donne certainement les meilleurs résultats dans l'atonie gastro-intestinale, et dans tous les troubles intestinaux si fréquents chez les neurasthéniques et les névropathes.

Nous pratiquons d'abord, avec de larges électrodes (de 12 centim. sur 10), la galvanisation de l'estomac (l'anode au dos, la kathode à l'estomac); et cela pendant deux minutes: le courant aura une intensité moyenne (c'est-à-dire qu'il sera assez fort pour que le malade accuse une sensation de chaleur sous les électrodes). Nous promenons l'électrode négatif sur l'estomac et le ventre, et nous finissons la galvanisation par quelques inversions du courant, assez puissantes pour produire de vives secousses musculaires.

Nous terminons la séance par la faradisation cutanée, au moyen du pinceau et de la brosse métallique, pendant une à deux ou trois minutes, suivant la sensibilité et la résistance que la peau offre à l'électricité.

Un grand électrode positif est maintenu soit sur les reins, soit à la région de l'estomac (plexus solaire), pendant qu'on effleure légèrement la peau avec le pinceau métallique, ou qu'on frictionne à la brosse. Le courant a une force suffisante pour qu'en touchant le point d'Erb dans la fosse sus-claviculaire, on communique au bras une légère secousse.

Nous alternons la galvanisation totale de l'estomac et la faradisation générale du corps, avec la galvanisation du sympathique, que nous étendons de l'estomac à la nuque et au ganglion cervical supérieur.

On applique le grand électrode à l'estomac, le petit au ganglion cervical supérieur : durée de la séance, deux minutes ; intensité trois à quatre milli-ampères. Dans les cas de gastralgie d'origine nerveuse ou anémique, on obtiendra très rapidement une diminution de la douleur, ou même sa disparition totale, par la galvanisation positive de l'épigastre, la kathode étant appliquée à l'endroit du dos où s'irradient généralement les crampes de l'estomac. On termine la séance de galvanisation par quelques inversions du courant, et par un massage du ventre avec le rouleau électrique, ou bien encore par la faradisation du corps avec le pinceau métallique.

On combattra aussi très avantageusement la gastralgie nerveuse par l'application, sur la colonne vertébrale, d'une grosse éponge imbibée d'eau aussi chaude que le malade pourra la supporter, par des lavements d'eau chaude, et au besoin par un lavage de l'estomac avec de l'eau très chaude, ce qui parfois calme instantanément la douleur. Ces moyens hydrothérapiques sont à recommander quand l'emploi des narcotiques ou de l'électricité présente des inconvénients.

Le Dr Toloni se loue des résultats qu'il a obtenus, par le courant galvanique, contre les vomissements, quelle qu'en soit du reste la cause ; il applique « *l'électrode positive* », représentée par une large plaque, entre les deux insertions sterno-claviculaires du sterno-cleido-mastoïdien, le pôle négatif à l'épigastre. Durée de la séance 20 à 30 minutes!

Il cite cinq observations de vomissements qui ont été très rapidement arrêtés par cette application électrique. Nous avons traité bon nombre de vomissements hystériques, tantôt par la galvanisation, tantôt par la faradisation avec des résultats semblablement les mêmes, et nous n'avons jamais pu constater la moindre supériorité de la galvanisation sur la faradisation. Nous ajouterons que la direction du courant, ascendant ou descendant, nous a paru absolument indifférente; et nous sommes convaincu que la suggestion joue dans ces cas-là le rôle prédominant, sinon le seul[1]. Toutefois on ne peut nier une influence directe de l'électricité sur le sympathique, en dehors de toute suggestion : les bons effets de la galvanisation de ce nerf, dans la maladie de Base-

[1] Voici un exemple fort curieux de suggestion :

Madame X, femme de 38 ans, ressent des douleurs très vives dans l'abdomen. On pense à des coliques néphrétiques. Aucun traitement ne soulage cette malade. On constate que les coliques reviennent par crises. L'appétit est nul, l'état général mauvais et des troubles nerveux (cauchemars, hallu-

dow, et son action sur le pouls, en sont la meilleure preuve. Aussi, employons-nous depuis longtemps avec succès la galvanisation du sympathique dans les cas de dyspepsie nerveuse, en appliquant un électrode au cou ou à la nuque, et l'autre au plexus solaire. Mais nous devons ajouter que cette électrisation ne réussit pas toujours; il en sera certainement de même de la méthode préconisée par le Dr Toloni.

Quant à *l'électrisation statique, ou la Franklinisation* remise en honneur et à la mode par Charcot, Vigouroux et l'école de la Salpétrière, elle joue aujourd'hui un rôle important dans tout traitement des états nerveux et neurasthéniques, sans atteindre toutefois les résultats quasi merveilleux annoncés par quelques-uns des rénovateurs de ce mode d'application de l'électricité. Il est même assez difficile de se rendre compte de sa manière d'agir. Mais qui sait pourquoi l'électricité se transforme en force motrice, en chaleur, en lumière, etc.?

Dans tous les cas, il est certain que les malades ressentent très souvent une amélioration tout à fait

cinations) font leur apparition. Rien toutefois ne permet de penser à l'hystérie. Tout traitement ayant échoué, même l'hypnotisme (!), *on eût recours à la suggestion à l'état de veille* par l'imposition des mains sur l'abdomen. Dès le premier jour la malade se sentit soulagée, l'appétit revint, et tout guérit. (Monjour et Renault.)

remarquable après un traitement par la Franklinisation, et c'est là l'important.

Après avoir essayé toutes les formes de la Franklinisation, nous n'employons plus guère que le bain statique et le souffle électrique. Nous avons à peu près renoncé à l'emploi de l'étincelle et de la friction électrique, qui nous ont paru trop excitante. Toutefois, ces deux procédés peuvent être utiles dans certains cas d'amyosthénie neurasthénique, et quand les malades présentent une diminution plus ou moins notable des forces, qui sont parfois rapidement et largement relevées par ces applications, ce qu'il est facile de constater au dynamomètre.

On voit ainsi des malades gagner 5 à 10 kilos de force, la force moyenne normale au dynanomètre étant de 35 à 37 kilos pour le membre supérieur, et de 28 kilos pour le membre inférieur. Nous avons néanmoins remarqué, que, soit dans la faiblesse musculaire neurasthénique, soit dans la parésie ou paralysie hystérique, il faut se garder d'exagérer l'étincelle comme on le fait quelquefois, dans l'idée que la suggestion sera d'autant plus efficace que l'étincelle aura été plus vive, et la secousse plus violente.

La plupart des malades nerveux, les neurasthéniques surtout, supportent mal toute thérapeutique dont les procédés sont trop énergiques. Nous pou-

vons en revanche recommander le bain statique journalier de 5 à 15 minutes de durée : le malade est placé sur le tabouret isolant, et se trouve ainsi sur le trajet des conducteurs, dont il partage l'état électrique ; il représente donc un des pôles de la machine. L'électricité, qui se répand sur le malade, se renouvelle incessamment, et s'échappe de même par tous les points du corps. Il est incontestable, dans tous les cas, que le bain statique donne une vive impulsion au courant nutritif moléculaire, ce qui explique les effets qu'on obtient sur la nutrition et l'innervation (augmentation de l'appétit, digestions plus faciles, retour de la gaieté chez les malades, etc.).

Outre les effets directs sur la nutrition, la Franklinisation agit certainement aussi par suggestion ; et à ce point de vue elle mérite bien, dans le traitement des affections nerveuses et neurasthéniques, la place importante que lui ont assigné le professeur Charcot et son école. On a recommandé, comme révulsif et excitant de la peau, la friction à la tige, ou à la boule métallique sur la partie malade, revêtue d'un vêtement de laine ; mais la friction statique est loin d'atteindre la valeur révulsive de la friction cutanée avec le pinceau faradique, qui produit des actions réflexes beaucoup plus énergiques et plus efficaces.

Nous pensons qu'on pourra aussi employer, dans

remarquable après un traitement par la Franklinisation, et c'est là l'important.

Après avoir essayé toutes les formes de la Franklinisation, nous n'employons plus guère que le bain statique et le souffle électrique. Nous avons à peu près renoncé à l'emploi de l'étincelle et de la friction électrique, qui nous ont paru trop excitante. Toutefois, ces deux procédés peuvent être utiles dans certains cas d'amyosthénie neurasthénique, et quand les malades présentent une diminution plus ou moins notable des forces, qui sont parfois rapidement et largement relevées par ces applications, ce qu'il est facile de constater au dynamomètre.

On voit ainsi des malades gagner 5 à 10 kilos de force, la force moyenne normale au dynanomètre étant de 35 à 37 kilos pour le membre supérieur, et de 28 kilos pour le membre inférieur. Nous avons néanmoins remarqué, que, soit dans la faiblesse musculaire neurasthénique, soit dans la parésie ou paralysie hystérique, il faut se garder d'exagérer l'étincelle comme on le fait quelquefois, dans l'idée que la suggestion sera d'autant plus efficace que l'étincelle aura été plus vive, et la secousse plus violente.

La plupart des malades nerveux, les neurasthéniques surtout, supportent mal toute thérapeutique dont les procédés sont trop énergiques. Nous pou-

vons en revanche recommander le bain statique journalier de 5 à 15 minutes de durée : le malade est placé sur le tabouret isolant, et se trouve ainsi sur le trajet des conducteurs, dont il partage l'état électrique ; il représente donc un des pôles de la machine. L'électricité, qui se répand sur le malade, se renouvelle incessamment, et s'échappe de même par tous les points du corps. Il est incontestable, dans tous les cas, que le bain statique donne une vive impulsion au courant nutritif moléculaire, ce qui explique les effets qu'on obtient sur la nutrition et l'innervation (augmentation de l'appétit, digestions plus faciles, retour de la gaieté chez les malades, etc.).

Outre les effets directs sur la nutrition, la Franklinisation agit certainement aussi par suggestion ; et à ce point de vue elle mérite bien, dans le traitement des affections nerveuses et neurasthéniques, la place importante que lui ont assigné le professeur Charcot et son école. On a recommandé, comme révulsif et excitant de la peau, la friction à la tige, ou à la boule métallique sur la partie malade, revêtue d'un vêtement de laine ; mais la friction statique est loin d'atteindre la valeur révulsive de la friction cutanée avec le pinceau faradique, qui produit des actions réflexes beaucoup plus énergiques et plus efficaces.

Nous pensons qu'on pourra aussi employer, dans

le traitement électrique de la neurasthénie, *les courants à haute tension et à haute fréquence,* recommandés dernièrement par les docteurs d'Arsonval et Apostoli dans le diabète, la goutte, et toutes les maladies de la nutrition.

Les résultats obtenus par ces auteurs sont fort encourageants, en ce qui concerne le ralentissement de la nutrition; ils doivent être les mêmes pour l'épuisement nerveux des arthritiques, qui bien souvent aussi est caractérisé par une nutrition retardée ou insuffisante.

Dans la « cérébrasthénie, » on obtiendra parfois de bons résultats de la galvanisation de la tête ; mais on aura soin de ne jamais employer qu'un courant très faible, et l'on se servira d'un rhéostat, afin d'éviter toute secousse et de prévenir le vertige autant que possible.

D'après Hughes *(Therapeutic value of cephalic and spinal electrisation)* le courant ascendant dilaterait les vaisseaux; il aurait donc pour effet une meilleure nutrition du cerveau. Le courant descendant produirait au contraire une contraction vasculaire, et conviendrait aux personnes sujettes aux congestions de la tête, et dans toutes les affections qui paraissent dépendre d'une hypérémie du cerveau.

Outre son effet vaso-moteur, le courant descendant apaiserait l'irritabilité de la cellule corticale ; il aurait donc une vertu essentiellement calmante.

Le courant ascendant appliqué à la moelle serait excitant et tonique ; son contraire serait calmant. De plus, le premier diminuerait la quantité du sang dans la moelle, tandis que le second l'augmenterait.

Le traitement faradique convient aux névroses dont la cause est une dépression morale (soucis, chagrins, peur), ou une intoxication (tabac, alcool) ; tandis que la neurasthénie par surmenage intellectuel ou musculaire réclame la galvanisation ou la Franklinisation.

D'après Bénédickt, le courant faradique est tout spécialement indiqué dans les cas de spasmes vasculaires de la face, avec pâleur et pouls carotidien, dur et bondissant, et dans la migraine. Dans ces cas, la faradisation de la moelle allongée peut aller jusqu'à couper la crise, et se serait montrée plus efficace que les inhalations de nitrite d'Amyle.

Massage.

Le massage de l'estomac et du ventre consiste en frictions, en tapotements, en une sorte de pétrissage de l'abdomen. Dans l'atonie neurasthénique, on combinera le massage local avec le massage de tout le corps, en suivant le plus exactement possible les indications si judicieuses, les règles si pratiques exposées par Weir-Mitchell dans son ouvrage sur

le traitement de la neurasthénie. Le massage tel que l'entend Weir-Mitchell est, à notre avis, de toutes les méthodes connues et recommandées dans ces cas, celle qui répond le mieux au but visé par le traitement : c'est-à-dire l'augmentation de la nutrition générale du corps.

Pour le massage local, nous pensons qu'il sera bon de s'inspirer des conseils de Czéri, qui ne masse pas l'estomac à jeun comme on le fait généralement, mais deux ou trois heures après le repas.

Voici les procédés qu'emploient Czéri et Zabludowski pour le massage de l'estomac et de l'intestin.

Le malade étant couché sur le dos, la bouche tenue ouverte, on masse l'estomac à partir du fond et jusqu'au pylore, en faisant alternativement des frictions et du pétrissage. Ces manipulations sont d'abord douces et superficielles, puis de plus en plus énergiques et profondes. A la fin de la séance, qui dure de dix à quinze minutes, on pratique le massage de l'intestin.

Ce massage n'est ni douloureux, ni désagréable, bien au contraire ; car son premier effet est d'expulser une grande quantité d'air ou de gaz, au grand soulagement du malade. Après la séance, le malade ressent un peu de lassitude et de somnolence; mais il éprouve à l'estomac une sensation fort agréable de bien-être, de chaleur et de vide; pendant qu'il sent disparaître peu à peu l'impression pénible de pesan-

teur et de plénitude dont se plaignent les dyspeptiques après les repas.

L'action si favorable du massage de l'estomac à l'état de plénitude est due à plusieurs facteurs : à l'évacuation des gaz accumulés, à l'excitation de la fonction sécrétoire de l'estomac, à l'augmentation du péristaltisme, et enfin à l'évacuation dans l'intestin du contenu stomacal.

Pour combattre la constipation, le malade est placé dans la position génu-pectorale. Le masseur, se tenant à sa gauche, applique sa main gauche au-dessus, et sa main droite au-dessous de l'ombilic. On masse ainsi l'abdomen, en faisant alterner les mouvements transversaux avec les mouvements longitudinaux. Dans ces derniers, la main gauche se meut du rebord des côtes à l'ombilic, tandis que la main droite exécute un mouvement en sens inverse, de la symphyse pubienne à l'ombilic. Les mains doivent être un peu recourbées, afin de pouvoir mieux saisir les téguments avec les anses intestinales sous-jacentes. Avec ce procédé, le poids des intestins contribue pour beaucoup à l'efficacité du massage. Les anses intestinales tombent comme d'elles-mêmes dans les mains du masseur. Après cinq minutes de ce massage qui doit être énergique, le patient est couché sur le dos, et on lui pratique alors, dans cette situation, pour clore la séance, le massage de l'abdomen d'après le procédé usuel.

Les vertiges céphaliques, qui proviennent de l'estomac, et qui ne sont qu'un phénomène réflexe vago-sympathique, sont sensiblement diminués par *l'effleurement* de la région épigastrique. Nous avons vu des migraines disparaître par une simple cure de frictions légères, consistant en quelques effleurements de l'estomac, pratiqués trois fois par jour pendant cinq minutes seulement. L'effet de ce moyen si simple, pratiqué et recommandé par Metzger, est souvent tout à fait remarquable; sans doute parcequ'il produit soit une sédation, soit au contraire une excitation du sympathique suivant le cas, soit enfin qu'il agisse par suggestion.

On pourra recommander aux malades de continuer chez eux le massage en se servant de la boule anglaise, du poids de 3 kilos en moyenne, qu'ils promèneront chaque soir ou le matin sur le ventre pendant 4 à 5 minutes. Ce genre de massage a certainement son utilité, et présente l'avantage de pouvoir être pratiqué par le malade lui-même à n'importe quel moment; il entretient en outre les effets que l'on a pu obtenir du massage méthodique, tel qu'il a été effectué par le médecin.

Traitement par les agents pharmaceutiques.

Quant au *traitement pharmaceutique,* on peut affirmer que malgré la foule de médicaments qu'on

a recommandés pour combattre la dyspepsie nerveuse et neurasthénique, il en est bien peu de réellement utiles. On aura recours surtout à ceux qui ont une action tonique et reconstituante sur le système nerveux, aux phosphates principalement.

L'*arsenic*, généralement mal toléré par l'estomac, ne convient guère aux neurasthéniques gastriques.

La *teinture de valériane* et *les bromures*, prescrits après les repas, sont utiles dans les cas de pneumatose accompagnée de ballonnement et d'éructations fréquentes.

Les gastralgies seront combattues par la morphine, le bismuth, le chloral; et surtout par l'application pendant cinq ou dix minutes de l'anode d'un courant continu [1].

Dans l'hypéresthésie des nerfs de l'estomac, dans les cas de disphorie digestive, de vomissements hystériques, on prescrira parfois avec avantage la cocaïne d'après la formule suivante d'Immermann :

[1] On appliquera aussi sur la colonne vertébrale une grosse éponge imbibée d'eau aussi chaude que le malade peut la supporter ; on prescrira en outre un lavement chaud, et on fera avec un fin jet d'eau, alternativement chaude et froide, une irrigation sur le point douloureux de la région épigastrique. Un lavage de l'estomac avec de l'eau très chaude calme souvent d'une manière instantanée la douleur. Ces moyens sont à recommander quand les autres médications sont sans effet.

Rp : Cocaïne muriatic : 15 centigr.
Aq : destill : 100 grammes.
Alcool rectif. : gouttes deux,
toutes les demi-heures une cuillerée à café.

Dans un cas de névrose de l'estomac, les vomissements, qui se produisaient immédiatement après les repas, ne cédaient qu'à une injection de morphine faite avant que le malade se mit à table. Après quelque temps on pût substituer, avec le même résultat, de l'eau distillée à la solution de morphine.

Le *chanvre indien* s'est montré efficace contre les douleurs céphaliques ; le *salix nigra* serait un sédatif parfois plus avantageux que les bromures, parce qu'il n'occasionne pas de dépression cérébrale.

L'élixir robor. Whytii. est dans certains cas un stimulant du système nerveux ; nous le prescrivons sous la forme suivante :

Rp : Elix : robor : Whytii.
Tinctur : kola $\overline{aa}$ 15 gr.
Acid : muriat : dilut : 2 gr.
40 gouttes, 2 à 3 fois par jour.

Le meilleur médicament de la neurasthénie, le seul peut-être vraiment utile, est représenté par *les phosphates* que l'on pourra donner sous toutes les formes ; mais en insistant plus particulièrement sur les aliments qui renferment beaucoup de phosphates : les amandes, les farines d'avoine et de lentilles, le

« porridge, » et la tisane composée de Robin dont nous parlerons plus loin.

Nous prescrivons souvent *le sirop d'hypophosphites* avec ou sans kola, dont nous donnons ici la formule[1].

Ce sirop nous a rendu des services très appréciables ; il est un de nos meilleurs névro-toniques, supérieur à notre avis aux *glycéro-phosphates,* de la fabrication desquels on n'est pas toujours sûr, et dont la composition n'est pas l'équivalent de celle du sirop d'hyperphosphites que nous recommandons.

Les phosphates et glycéro-phosphates sont aujourd'hui à la mode, et pour employer une expression du moment, tiennent le record des toniques actuels, non toutefois toujours avec raison.

On remarque encore en effet des jeunes filles chlo-

[1] Rp. formule modifiée du sirop de Fellow :

Chinini bisulf.		1 gr.
Stychnini nitric.		0,02 »
Acide phosphor		4 »
Ferr. pyrophosph.		1 »
Calcar hypophosph.		
Mangan. »	aa.	1 »
Kali »		
Syrup. simpl		300 »

à prendre deux fois par jour, une cuillerée à café après les repas dans demi-verre d'eau.

Nous prescrivons aussi ce même *Sirop d'hypophosphites* additionné de 30, 20 ou 10 gr. d'Extr. fluide de Kola, ou de 20 gr. de teinture de Kola.

rotiques, sans tares ni symptômes neurasthéniques vrais, et auxquelles les phosphates ne rendent aucun service; c'est au fer qu'il faut avoir recours. Nous avons soigné bon nombre de jeunes filles chlorotiques qui depuis longtemps se bourraient de Kola, de glycérophosphates, d'hémoglobine, sans en retirer aucun résultat, et qui étaient vite guéries par les vieilles et excellentes pilules de Blaud, ou toute autre ancienne préparation martiale. Donc, dans la chlorose sans neurasthénie, il est bien inutile de perdre son temps avec les diverses préparations phosphatées, ou avec l'innocente hémoglobine; mais on prescrira les pilules de Blaud à larges doses (trois après le repas de midi, et trois après le repas du soir), la *ferratin* qui paraît mériter quelque considération, et aussi naturellement l'hydrothérapie, le grand tonique par excellence.

On prescrira l'hydrothérapie sous forme de frictions au drap mouillé le matin au sortir du lit, et de douches en jet brisé de 18° à 10° et 9° C., et des bains de mer, si la malade n'est pas trop impressionnable, ni surtout trop excitable.

Les *amers* ont de tout temps joué un rôle important dans la thérapeutique des dyspepsies. Aujourd'hui le Condurango, que nous conseillons de prescrire sous forme de macération[1] ou d'Extr. liquide,

[1] Rp. : Macération de Condurango $^{15}/_{300}$ pendant 12 h. et réduit à 150, adde Acide : muriatic. dilut. 1 gr., pepsine 10 gr

par 15 à 20 gouttes avant les repas, a détrôné la gentiane, le quassia, le colombo, etc., et il paraît être en effet un stimulant réel de l'estomac.

On a recommandé comme *antiseptique,* le *salol* (4 à 6 grammes par jour) seul, ou uni au salicylate de bismuth, si le malade se plaint de diarrhée.

Le salol, le naphtol, le benzo-naphtol, avec ou sans *bicarbonate de soude* suivant le cas, sont les médicaments de choix des diarrhées fétides, des éructations gazeuses, du pyrosis et du météorisme qui accompagnent la dilatation, le catarrhe de l'estomac et l'atonie qui résulte de ces affections.

Le bicarbonate de soude, dont on a usé et abusé dans toutes les variétés de la dyspepsie, n'est efficace dans l'atonie que quand cette dernière s'accompagne de catarrhe, ou qu'elle en est la suite; il n'a aucune valeur dans l'atonie neurasthénique ou dans la dyspepsie nerveuse, et nous paraît plutôt contre-indiqué dans ces cas.

On compte parmi les meilleurs antiseptiques de l'intestin le salicylate de bismuth, la résorcine et le benzo-naphtol. On emploie le premier lorsqu'on veut en même temps combattre « l'élément » douleur ; le benzo-naphtol, dans les cas d'atonie de l'intestin avec fermentation et disposition à la putréfaction, ce qui entretient si souvent un état d'irritation avec diarrhées, coliques, etc. Ces médicaments sont certainement utiles dans certains cas; mais on ne peut leur

accorder l'importance que quelques auteurs leur ont donnée.

Quand les renvois ne contiennent que de l'air, et ne sont en conséquence que le fait de l'atonie, ou de l'état nerveux, les antiseptiques doivent céder la place *aux antinerveux et aux névrosthéniques.*

Le *borate de soude* (40 à 50 centigr. avant les repas) a été aussi recommandé comme antidyspeptique; il agirait comme alcalin et antiseptique; de plus il exciterait la sécrétion du suc gastrique, probablement au même titre que le bicarbonate, c'est-à-dire par suggestion.

Quelques auteurs ont vanté les bons effets de *la papayotine* dans l'atonie gastrique avec diminution et insuffisance de la sécrétion du suc gastrique. D'après notre expérience, ce remède s'est toujours montré parfaitement impuissant.

La pepsine est très rarement indiquée, l'estomac en fournissant généralement en quantité suffisante. Elle est de plus inutile, si l'on n'administre pas en même temps HCl. La pepsine ne se conservant que fort peu de temps dans l'alcool, on peut juger de la valeur des vins ou élixirs de pepsine, etc.

Un médicament excellent, et qu'on employera toujours avec succès contre l'*atonie,* est *la noix vomique,* que nous prescrivons sous la forme suivante :

Rp. tinctur. nucis vomic. 4 à 5 grammes.
» Cort. aurant. 25 »
(25 à 30 gouttes avant les repas.)

Si la constipation s'ajoute à l'atonie, nous joignons à cette ordonnance, de la *teinture vineuse de rhubarbe,* en dose plus ou moins forte, suivant le degré de constipation.

La graine de lin, la poudre de réglisse composée sont de bons auxiliaires, et des palliatifs utiles de la constipation par atonie. Ces médicaments atteignent leur but, sans provoquer de coliques, et sans qu'on soit forcé d'augmenter les doses. Inutile d'ajouter qu'il ne faut les prescrire que faute de mieux, et en attendant les effets du traitement mécanique par le massage, les bains de siège froids et à eau courante, la faradisation, etc.

On prescrira aussi avec avantage, pour régulariser les selles, le mélange suivant :

Rp. pulv. rad. rhei
Natr. sulfur.
Bicarb. sodæ
} aa 25 à 50 centigr.

Quoiqu'il en soit, il ressort de l'observation des faits cliniques que l'on obtient certainement un résultat relatif meilleur, par l'administration du suc pancréatique dans tous les cas de suppression absolue du suc gastrique, que de l'usage interne de la pepsine et de HCl., dont l'effet est absolument nul. Et cela se comprend. Toutefois malgré l'opinion ac-

tuelle qui tend à regarder la digestion de l'intestin comme plus importante que celle de l'estomac, il n'est pas possible de nier la valeur de la peptonisation stomacale ; et nous nous efforcerons toujours de la produire avant toute autre chose, ou de la réveiller artificiellement, dans les cas où le suc gastrique manque. Mais quand, et c'est le cas de l'atrophie, nous ne pouvons arriver à ce résultat, et quand nous devons renoncer à la possibilité d'obtenir une sécrétion gastrique nouvelle par les moyens mécaniques ordinaires, nous aurons alors à nous adresser au *suc pancréatique*. Car pour avoir un suc gastrique artificiel, capable de transformer les aliments en peptones, il faudrait administrer une quantité de HCl. telle, qu'aucun malade ne pourrait la supporter.

Pour administrer le suc pancréatique, nous avons renoncé à toutes les préparations pharmaceutiques et spécialités de pancréatine, vin pancréatique, etc., qui se sont toujours montrées absolument insuffisantes; et nous employons la « liqueur pancréatique » préparée comme suit, et qui nous paraît la seule manière sûre d'administrer le suc pancréatique : cette liqueur doit toujours être fraîchement préparée [1].

[1] Prenez : 1° Deux pancréas de porc ;
2° Un pancréas de bœuf ;
hâchez et pilez dans un mortier avec 2 gr. de carbonate de soude, 50 centigr. de borate de soude, et 40 gr. de glycérine

Traitement par les lavages.

Nous devons encore signaler les deux traitements suivants, qui sont très efficaces dans la constipation atonique, ce sont :

Les grands lavements d'huile, qui supprimeront très rapidement la constipation spasmodique, si fréquente chez les névropathes et les hypocondriaques. Cette constipation est due, comme dans la colique saturnine, à la contraction permanente des intestins.

Nous avons signalé cette constipation aux matières dures, fragmentées, au corps allongé, et qui ont un calibre ne dépassant pas le volume d'un doigt ou d'un crayon. Cette constipation s'accompagne souvent de colite catarrhale ou pseudo-membraneuse. Dans ces cas, les laxatifs et le massage restent sans effet, tandis que les lavements d'huile sont des plus efficaces; ils ont une action purgative et calmante de l'intestin.

On prend une canule « vaginale » reliée par un tube à un irrigateur contenant de l'huile pure; le malade étant couché, on introduit la canule dans le rectum, et on laisse pénétrer lentement dans l'intes-

pure. Après avoir laissé reposer le tout ensemble pendant trois heures dans un endroit frais, ajoutez 500 gr. de vin vieux, agitez souvent le mélange, passez à travers un tamis, et ajoutez suffisamment de vin pour obtenir un litre de liqueur, décantez et filtrez.

tin 400 à 500 grammes d'huile, ce qui demande 15 à 20 minutes. La canule n'a pas besoin d'être enfoncée profondément, puisque dans le décubitus dorsal *avec bassin élevé,* il existe dans l'intestin une pression négative, qui fait que l'huile est aspirée par les parties supérieures de l'intestin. La selle survient généralement après quelques heures. On donne chaque jour un lavement, jusqu'à ce que l'intestin soit bien nettoyé. Généralement 3 à 4 lavements suffisent ; après quoi les lavements ne seront plus administrés qu'à des intervalles de quelques jours, par 250 à 300 grammes pour chaque lavement.

Ces lavements sont aussi excellents dans la colite membraneuse, et dans la rectite. On ajoutera à l'huile, suivant les cas, de l'acide salicylique (2 °/₀) ou tout autre antiseptique.

Le lavement électrique, d'après la méthode de Boudet (de Paris), produit aussi de bons effets contre la constipation opiniâtre et l'obstruction intestinale, dues à la paralysie spasmodique ou atonique plus ou moins complète de la tunique musculaire de l'intestin.

D'après les Dʳˢ Labadie-Lagrave et Regnier, le lavement électrique amènerait en outre la cessation des douleurs de l'entéralgie.

Le Dʳ Boudet pratique le lavement électrique de la manière suivante :

Un large électrode est placé sur le bas-ventre, et relié au pôle négatif d'un appareil à courants continus. On introduit ensuite dans le rectum l'électrode de Boudet, constitué par une grosse sonde en gomme, dans laquelle est une tige métallique creuse reliée à une borne, à laquelle on fixe le réophore rattaché au pôle positif. La sonde est reliée à un irrigateur contenant de l'eau salée, qu'on fait couler doucement dans le rectum pendant toute la durée du passage du courant, afin d'éviter la production d'escharres toujours possibles; car l'intensité nécessaire de 20 à 40 M:A: amènerait facilement une cautérisation électrolytique de la muqueuse rectale. L'appareil disposé, on pousse la manette du collecteur, lentement, couple par couple, jusqu'à ce que le galvanomètre marque une intensité de 30 M: A: On laisse passer le courant pendant 10 minutes. Au bout de 10 minutes, on ramène la manette à 0. On inverse le courant, puis on recommence la même manœuvre avec les pôles inverses; ensuite on pratique quelques interruptions du courant, même des inversions, qu'on répétera toutes les cinq secondes pendant quatre minutes; enfin on ramène la manette du collecteur au zéro, et l'opération est terminée.

Dans les nombreux cas de *colite muqueuse* que nous avons eu à traiter, nous avons toujours obtenu les résultats les plus satisfaisants par les lavages de

l'intestin faits avec une *solution de tannin de* $^1/_2$ *à* $^1/_2$ *jusqu'à* $1\,^0/_0$. Le récipient, d'une contenance moyenne de 2 à 4 litres, est maintenu à une hauteur de 2 à 4 mètres au-dessus du lit, ce qui donne une pression très suffisante. Le malade prend la position horizontale, avec bassin élevé, ainsi que nous l'avons dit pour les grands lavements d'huile.

Quand après quelque temps de ce traitement on peut constater une amélioration sensible, nous remplaçons l'entéroclyse au tanin par le simple lavage avec de l'eau de Valériane, puis avec de l'eau simple, ou légèrement boriquée. Nous ne pouvons trop recommander ces sortes de douches intestinales, qui, pratiquées ainsi que nous venons de l'exposer, donnent des résultats excellents, et certainement de beaucoup supérieurs à ceux que l'on peut obtenir par l'usage de n'importe quel médicament ou remède interne.

On a recommandé dernièrement les lavages avec une solution d'Ichthyol, dans la proportion d'une cuiller à soupe pour un litre d'eau ; nous n'avons pas d'expérience à leur sujet.

Quant à la chlorhydrothérapie, nous pensons qu'il convient d'en restreindre de beaucoup l'usage. La coutume était, et est encore sauf erreur, d'ordonner HCl. chaque fois qu'on suppose, ou que l'examen du suc gastrique a dénoté l'absence ou la diminution de l'acide muriatique; même on mesure les doses

d'après le déficit de HCl., et on donne généralement en outre de la pepsine, si le ferment fait défaut.

Or, la pratique prouve que dans tous les cas d'atonie, de neurasthénie et de névrose avec diminution ou suppression de HCl. et de la pepsine, il est absolument inutile de prescrire HCl.; d'abord parce que son inefficacité est notoire, ensuite et surtout parce que les malades le tolèrent mal.

Quant à la pepsine, la qualité du ferment que fournit le commerce est généralement telle, qu'on ne peut guère en attendre un effet physiologique appréciable et de quelque valeur. *Le rôle de HCl. doit actuellement se limiter à ses propriétés anti-fermentescibles, et son usage au catarrhe de l'estomac, et à certains cas de dilatation.*

Dans les cas graves d'atonie avec diminution ou suppression de la sécrétion du suc gastrique, on recourra avec avantage au lavage à l'eau chaude salée; le sel et l'eau chaude augmentant certainement la sécrétion, ils peuvent faire reparaître la source tarie.

On opère ce lavage de l'estomac de la manière suivante, qui représente en réalité plutôt une douche qu'un vrai lavage : on se servira d'une sonde percée à son extrémité d'un certain nombre de petits trous, qui tranforment cette extrémité en une sorte de petite pomme d'arrosoir, de façon à produire une vraie douche en pluie. On emploie, pour chaque

douche, deux litres d'une solution salée à 0,6 % (une forte cuillerée à café pour un litre d'eau). On lavera l'estomac le matin à jeun, l'eau ayant une température de 38° à 42° C. Les résultats obtenus par cette douche de l'estomac sont très encourageants, dans tous les cas d'atonie avec diminution ou suppression de la sécrétion du suc gastrique, sans qu'il y ait atrophie de l'estomac bien entendu. Les effets de la douche d'eau salée sont de même excellents dans le catarrhe simple.

On remarque alors une augmentation de l'appétit, une diminution des douleurs et de la pesanteur après les repas, et la réapparition de HCl.

D'après les expériences faites jusqu'à ce jour par le prof. Senator plus particulièrement, on peut conclure que nous possédons, dans la douche stomacale à l'eau salée, un moyen d'augmenter la sécrétion du suc gastrique, et d'atténuer les sensations diverses si pénibles qui accompagnent l'hypochlorhydrie ou l'apepsie. Les meilleurs résultats s'obtiendront dans le catarrhe de l'estomac, qui s'accompagne toujours d'une diminution de la sécrétion de HCl.

Combattre ou limiter l'hyperchlorhydrie est certes un problème difficile à résoudre, et qui trouverait parfois sa solution, ou tout au moins une solution partielle, dans la douche de l'estomac pratiquée avec une solution de nitrate d'argent, à dose faible, 1 ‰ par exemple. On pratique d'abord un

lavage à l'eau simple, puis au nitrate; enfin, de nouveau à l'eau, jusqu'à ce que le liquide retiré de l'estomac ressorte tout à fait clair. Ce lavage diminue l'hyperacidité et l'hypersécrétion, combat la faiblesse musculaire qui ne manque pas dans ces cas-là, et atténue les douleurs hyperesthésiques, qui sont un des symptômes les plus constants de l'hyperacidité gastrique.

Dans les cas de dilatation avec fermentations, on lavera l'estomac avec des liquides antiseptiques, acide salicylique 1 $^{0}/_{00}$, Thymol 1 pour 3000, et Kali hypermangan. 1 pour 2000.

Tout en estimant que les théories de Hayem et de Vinter sur les propriétés de HCl. sont loin d'être démontrées, il faut reconnaître cependant, et les faits sont là pour le prouver, que le rôle de HCl. est de s'opposer aux fermentations, bien plus que d'aider à la digestion. Du reste, les nombreux exemples de nutrition normale, même pendant des mois, malgré la suppression de la sécrétion gastrique, dans l'hystérie par exemple, indiquent que la digestion stomacale n'est pas indispensable; et que, lorsqu'il le faut, les sécrétions duodénales se chargent de la peptonisation des aliments.

Régimes.

Le régime joue tout naturellement un rôle des plus importants, sinon le plus important, dans tout

traitement des maladies gastro-intestinales. Aussi est-ce sur le régime que les prescriptions du médecin doivent particulièrement porter. Malheureusement, sous ce rapport, l'accord n'est pas parfait; et tel recommande certain aliment que tel autre regarde comme nuisible ou de lourde digestion. Quelques médecins affirment, par exemple, que dans les dyspepsies nerveuses, le régime n'a pas d'importance, et qu'il faut autoriser le malade à manger ce qu'il veut. Cette manière sceptique de trancher une question de cette importance ne nous paraît pas juste pour deux raisons : premièrement, parce qu'on fait fi d'un facteur thérapeutique de premier ordre, la *suggestion,* qu'il ne faut jamais perdre de vue quand on traite des nerveux; et ensuite surtout, parce qu'il est illogique de mettre sur le même pied, au point de vue de l'alimentation, une névrose qui peut être hyperchlorhydrique, et une névrose avec diminution ou suppression de HCl.

Les atoniques et les neurasthéniques doivent suivre un régime reconstituant, tout en ne prenant que des aliments d'une digestion facile. Il en est de même du névrosé; et c'est une erreur de croire que les personnes qui souffrent d'une névrose de l'estomac peuvent manger de tout, et satisfaire à tous leurs caprices gastronomiques.

Trousseau affirme que les dyspeptiques doivent apprendre par l'observation personnelle ce qu'ils

peuvent digérer sans trop de difficultés, et ce dont ils doivent s'abstenir; que leur expérience en un mot doit déterminer leur régime. Cette remarque est juste dans bien des cas; mais on voit tous les jours des névrosés de l'estomac ressentir le besoin d'aliments évidemment contraires à l'atonie de l'estomac. Leur instinct fait d'autant plus facilement fausse route, que la perversion des sens est un des caractères de l'état nerveux. On prescrira donc, aux malades atteints de dyspepsie nerveuse, un régime que l'on réglera le plus possible d'après l'état des sécrétions de l'estomac, et de son degré d'insuffisance motrice.

Il faut individualiser le régime, comme tout autre traitement; toutefois dans l'atonie simple sans dilatation, on insistera sur l'usage du lait, qui, comme on le sait, forme la base du régime dans la cure de Weir-Mittchel. Seulement, le neurasthénique ne supporte le lait que si son estomac fonctionne normalement. Si l'atonie atteint un degré avancé, on recommandera l'usage du « lait de beurre, » ou du petit lait.

Le petit lait se compose de sels, de sucre (lactose), et d'une certaine quantité de caséine et de beurre, échappés à la précipitation par l'acide lactique. On prend matin et soir un verre de petit lait d'une contenance de 120 grammes, et on augmente graduellement la dose jusqu'à 10 verres par jour.

Pendant la durée du traitement, le malade s'abstiendra des viandes fortes, et sera soumis à un régime demi-végétarien dont les viandes blanches, les œufs, le fromage, les légumes, les fruits, le riz, etc., feront la base.

Les laits fermentés (Kumys, Képhir, Galazyme), sont les produits de la fermentation alcoolique du sucre de lait. Ces laits fermentés sont excellents dans le catarrhe stomacal des buveurs, et nous servent à établir le régime lacté exclusif chez les alcooliques.

Les cures de *lait de beurre,* ou lait dégraissé (Buttermilch), et de *petit lait,* sont l'objet d'une spécialité particulière à la Suisse; leur emploi est soumis à des règles précises et méthodiques, qui leur ont donné une importance toute particulière en thérapeutique.

Au point de vue de l'action curative, le lait est un reconstituant, un régulateur de l'activité du suc gastrique, généralement un constipant; et enfin, un diurétique de premier ordre.

La quantité de lait à administrer dans les 24 heures varie entre deux et trois litres; trois litres suffisent à la nutrition. On fera prendre le lait par doses fractionnées toutes les heures, ou, lorsque l'estomac le supporte difficilement, tous les quarts d'heure.

Les neurasthéniques, qui souffrent d'atonie de l'estomac, doivent suivre un régime reconstituant, tout en ne prenant que des aliments d'une digestion facile.

Dans l'atonie simple de l'estomac, voici le régime que nous avons adopté, et qui nous paraît convenir parfaitement aux dyspeptiques dans les premières périodes neurasthéniques.

1° Déjeuner : thé ou cacao $^1/_4$, lait $^3/_4$; (chez certains malades, le café au lait qui est parfois utile contre la constipation); porridge[1], ou bouillie au tapioca; pain anglais grillé ou zwiebach; beurre, un œuf à la coque; une tranche de jambon cru.

A 10 heures : suivant les cas, une tasse de beeftea, ou de la farine lactée, un œuf à la coque, biscuit anglais.

A midi : œufs à la coque, ou œufs brouillés; *viandes grillées, rôties ou crues, viandes bouillies* (bœuf, volaille, pigeon, chevreuil, beefsteack, rostbeef, mouton, jambon, ris de veau, cervelle de veau, pieds de veau, lièvre rôti); *poissons* (sole, perche, brochet, féras, turbot, cabilliaud); *légumes verts* (épinards, laitues, cresson, les pousses d'asperge, de houblon, d'orties); riz, semoule, tapioca; un peu de purée de

[1] Recette écossaise pour faire le « Porridge. »

Laisser tremper la farine d'avoine pendant la nuit, puis la faire cuire le matin pendant une heure au moins dans un pot de terre ou de métal émaillé, en remuant souvent pour éviter que la farine ne s'attache. Ajouter un peu de sel, et de l'eau au fur et à mesure de son absorption. Servir le « Porridge » saupoudré de sel ou de sucre, et ajouter de la crême ou du lait froid.

On prend chaque matin de une à trois soucoupes de « Porridge. »

pommes de terre; macaronis; pain grillé ou pain complet (pain dit de Graham).

Entremets peu sucrés (crême de riz, œufs à la neige, crêmes renversées, puddings au riz, à la semoule, fruits cuits).

A 4 ou 4 $^1/_2$ heures : thé au lait, biscuits anglais, ou toast, un œuf.

A 6 $^1/_2$ ou 7 heures ; même repas qu'à midi.

Eviter toute surcharge alimentaire; s'abstenir des acides, des condiments, des épices, des sauces, du sucre, des crudités (salade, fruits crus, tomates); manger peu de farineux.

Manger lentement et bien mâcher les aliments.

Avant et après les repas, repos sur une chaise longue pendant 20 à 30 minutes.

Ne se mettre jamais à table lorsque l'esprit est agité ou préoccupé, après une émotion ou une colère.

Après les repas, s'abstenir de tout travail intellectuel, et de tout mouvement musculaire exagéré.

Le repos du corps, le calme de l'esprit sont des éléments indispensables d'une bonne digestion.

Eviter de prendre les aliments trop chauds ou trop froids; ne pas boire pendant les repas; à la fin du repas seulement, prendre un verre de Champagne sec, ou un verre de Bordeaux ou de Moselle blanc, ou un peu de Cognac ou de Wiskey coupé d'eau d'Evian ou de Fachingen, ou un verre de bière, ou une tasse de thé au lait chaud.

Ne rien prendre entre les repas, et s'abstenir surtout des eaux gazeuzes.

Les matières grasses, l'huile de foie de morue sont à recommander quand les malades les supportent; elles sont à la base des cures « dites d'engraissement » (Mastkuren), dont on a du reste beaucoup abusé ces dernières années; elles aident au relèvement de la force nerveuse, tandis qu'il ne faut user que très modérément des stimulants comme le café, le tabac, et surtout l'alcool.

La suralimentation, telle qu'elle a été recommandée par Weir-Mittchell, Playfair, Leyden, etc., ne convient qu'à certains cas bien déterminés de neurasthénie, et ne fait nullement l'affaire des neurasthéniques dyspeptiques; il est clair que la surcharge de l'estomac ne peut qu'en augmenter l'atonie, et conséquemment aggraver les phénomènes dyspeptiques.

Le neurasthénique gastrique doit se limiter à la nourriture nécessaire à sa subsistance, à ce qui constitue ce qu'on appelle la « ration d'entretien. » On ne donnera à ces malades que la quantité d'aliments nécessaires au relèvement et à l'entretien du système nerveux épuisé. La quantité sera remplacée par la qualité; on recherchera ceux qui sous un petit volume ont le maximum de substance nutritive; on augmentera aussi le nombre des repas.

C'est la conduite à suivre chez les neurasthéniques à qui l'appétit fait défaut, et qui se nourrissent insuffi-

samment. *Manger peu, mais bien, et souvent* sera la première règle de leur régime. En revanche, les neurasthéniques assez nombreux, chez lesquels l'atonie de l'estomac n'empêche pas le bon appétit, et qui ont plutôt une tendance à beaucoup manger, se trouveront bien d'un régime substantiel, mais qui réduit la quantité des aliments, surtout dans le même repas.

Le docteur Ch. E. Simon (de Baltimore) a institué un régime diététique spécial qui, d'après lui, suffit seul pour guérir l'anémie et la neurasthénie, sans qu'on soit obligé d'avoir recours aux préparations ferrugineuses ou aux autres reconstituants pharmaceutiques.

Le régime consiste essentiellement dans l'usage de viandes noires, de bière brune et de *moelle osseuse*. Le malade fait cinq repas par jour : à huit heures, onze heures, deux heures, cinq heures et sept heures.

En outre, il doit dormir au moins dix heures chaque nuit, prendre deux bains salés chauds par semaine, se soumettre le matin à une friction sèche, et éviter les distractions mondaines.

Le malade mangera beaucoup de viande de bœuf et de mouton, et ne fera qu'exceptionnellement usage de viandes blanches. En outre, au repas de on heures, il prendra un sandwich à la viande de bœuf crue, finement hachée, et salée et poivrée à volonté. A l'un des repas du soir, on lui servira 15 à 30 grammes

de moelle osseuse chaude, provenant du tibia d'un jeune bœuf.

Tous les légumes sont permis, sauf les pommes de terre qu'il vaut mieux éviter. Les purées de pois et de lentilles sont particulièrement recommandées. Les fruits, notamment les pommes, sont autorisés.

Par contre, le pain frais est interdit : on fera usage de pain rassis datant d'au moins vingt-quatre heures, ainsi que de pain grillé, de biscuits. Les puddings et les pâtisseries, le café et le thé doivent être prohibés, mais non le lait ni le cacao. Le malade consommera chaque jour un demi-litre de bière brune forte, dont la moitié sera prise au repas de onze heures, avec la viande crue, et l'autre moitié pendant le souper. En outre, il pourra boire de un demi-litre à un litre d'eau, suivant qu'il sera plus ou moins altéré.

Nous recommandons aux malades de ne pas boire pendant qu'ils mangent, et de ne manger que peu à la fois. Qu'à la fin du repas, ils se contentent de prendre un peu de cognac dans *un verre d'eau chaude, ou mieux une tasse de thé chaud.*

La bière, le vin, et plus généralement tous les liquides froids sont mal supportés.

Il semblerait superflu de recommander aux malades de manger lentement et de bien mâcher les aliments; et pourtant, cette recommandation si essen-

tielle n'a été faite que rarement, quoique manger vite soit presque un symptôme des nerveux dyspeptiques.

En outre, *on conseillera aux atoniques, et aux personnes nerveuses plus particulièrement, de se reposer sur une chaise longue pendant 20 à 30 minutes avant et après les repas.*

Il est de toute importance en effet que les atoniques et les névrosés ne se mettent pas à table après une marche rapide, et surtout après une surexcitation morale quelconque, comme la colère, ou une vive émotion. Une impression désagréable, ou une fatigue nerveuse, suffit pour troubler ou entraver la digestion.

Comme boisson, soit aux repas, soit en dehors des repas, nous recommandons volontiers la tisane de Robin, dont nous avons déjà parlé, et dont nous donnons ici la formule[1].

Grâce à sa consistance à moitié liquide, et à ses qualités propres, qui en font une boisson phosphatée

[1] Formule de la tisane composée de Robin :

Mettre dans quatre litres d'eau deux cuillerées à soupe des substances suivantes :

Blé, avoine, seigle, orge, son et maïs. — Faire bouillir pendant trois heures, laisser refroidir, puis passer la décoction à travers un tamis fin. — Si l'ébullition a été intense on ajoute de l'eau, de manière que la décoction soit ramenée à un litre. On peut aromatiser le liquide avec quelques gouttes de Rhum, etc.

Il faut avoir soin de n'employer que des solutions fraîchement préparées.

de premier ordre, très agréable et à la fois très reconstituante, cette tisane est sans contredit ce qu'on a trouvé de mieux comme boisson des neurasthéniques, et pour calmer leur sensation de soif si fréquente.

Dans les cas de neurasthénie gastrique grave, il faudra souvent instituer un régime sévère; et l'on pourra recourir alors au régime que Leube a préconisé pour les maladies organiques de l'estomac. Le régime dit de Leube comprend quatre phases :

Dans la première période, on administre les aliments les plus facilement digestibles qui sont d'après Leube, le bouillon, la solution de viande, le lait, les œufs mollets ou crus.

Le bouillon n'a guère de valeur nutritive, et d'après quelques auteurs produirait facilement des fermentations. Le lait, en tant que liquide, ne convient pas aux dyspeptiques. Nous prescrivons au début du traitement, dans les cas où nous voulons suivre les préceptes et la technique de Leube, le régime suivant : la solution de viande ou le beeftea; la bouillie au tapioca, ou le lait à condition que l'atonie soit peu prononcée; les œufs mollets ou crus; le pain anglais grillé, ou les biscuits anglais, sans sucre ni beurre; puis la cervelle et le ris de veau; le poulet grillé et haché fin ; comme boisson un peu d'eau d'Evian.

Vers la fin de la deuxième semaine, on passe au

Régime II, qui conviendra toujours, dès que le lavage aura démontré que l'estomac a fini son travail dans le temps normal. On fait entrer dans ce régime la cervelle et le ris de veau bouillis, le poulet et le pigeon bouillis ou grillés. Les volailles doivent être jeunes, pour que leur chair soit tendre et de digestion facile. On donnera aussi du tapioca au lait, des œufs, des œufs fouettés, et des pieds de veau. On peut nourrir ainsi les malades pendant plusieurs semaines, s'il y a lieu, avant de passer au Régime III, dans lequel on ajoute, aux aliments précités, le bœuf cru ou peu cuit; le beefsteack saignant dont on a haché la viande à la machine américaine. Le jambon cru et haché est aussi facilement digéré. On permettra en outre un peu de purée de pommes de terre, du pain rassis, et à titre d'essai, un peu de café ou de thé avec du lait.

Au Régime IV, nous notons : le poulet rôti, le chevreuil, le pigeon rôti, le beefsteack saignant, le veau rôti; puis le brochet, la sole, la perche, les macaronis, le riz à l'eau ou au lait; puis du vin de Bordeaux, de Moselle, le Champagne sec, mais en très petite quantité; et il sera avantageux de le faire prendre avec un biscuit anglais une à deux heures avant les repas.

On s'abstiendra le plus longtemps possible des sauces et des légumes, sauf les épinards, qu'on aura soin de ne servir que finement hachés.

Les aliments seront toujours simplement préparés; la viande ne sera pas trop fraîche, et sera préalablement vigoureusement battue, préparée avec le moins de graisse possible.

Ce régime sera très rigoureusement suivi pendant des semaines, même des mois ; l'on ne reviendra que peu à peu à la nourriture ordinaire, et on se basant sur les résultats fournis par le lavage de l'estomac sept heures après le repas d'épreuve.

Citons encore le traitement par l'ingestion, le matin à jeun, de deux à trois verres d'eau très chaude, traitement qui donne de bons résultats dans le catarrhe et l'hyperacidité. Nous l'avons vu réussir aussi dans certains cas de migraine qui paraissaient dépendre de l'hyperacidité gastrique, avec actions réflexes sur les vaisseaux du cerveau.

Les liquides chauds conviennent au surplus aux estomacs atoniques, et nous prescrivons très souvent aux malades de prendre une tasse de thé chaud après les repas. Le thé chaud paraît faciliter la digestion, en excitant la sécrétion, et probablement aussi les mouvements péristaltiques de l'estomac. Dans tous les cas, les malades accusent une amélioration sensible de la digestion, qui se fait avec moins de peine, sans sensation de poids et sans gonflement du ventre.

Dans l'idée que l'accès migraineux est dû à une toxémie consécutive, à des troubles digestifs, le Dr Herter recommande de laver l'estomac au mo-

ment de l'accès avec de l'eau à 40° C. Si le lavage ne peut être pratiqué, on fait simplement boire de l'eau chaude au malade. En outre, on administre un purgatif, et un lavement savonneux chaud. Ce traitement soulage toujours, et souvent fait avorter l'accès. Le Dr Starr prescrit, dans la migraine, le « Sel de Rachford », qui est composé de 10 parties de phosphate de soude, 4 parties de sulfate de soude, et 2 parties de salicylate de soude. On prend ce mélange le matin à jeun à la dose de 4 grammes. Collins prétend obtenir de bons résultats du mélange suivant : phénacétine, 1 gr., salicylate de soude, 65 centigr., salicylate de caféine, 35 centigr.

Nous avons enfin encore à noter ici la méthode de Schiff pour le *traitement des dyspepsies par les peptogènes,* dont l'auteur espérait des résultats qui n'ont pas été tout à fait consacrés par l'expérience Mais la théorie paraît si séduisante, et si juste en apparence, qu'il sera toujours indiqué de donner des peptogènes aux dyspeptiques atteints de paresse digestive avec insuffisance du suc gastrique.

D'ailleurs nous avons pu constater quelquefois une augmentation réelle de la sécrétion de l'estomac, dans des cas où nous avions soumis les malades aux peptogènes. Il est vrai que nous avions employé en même temps l'hydrothérapie ou l'électricité, et il est difficile de fixer pour chacun la part qui lui revient ; d'autant plus qu'avec les neurasthéniques

et les nerveux, la suggestion à elle seule peut augmenter ou diminuer les fonctions de l'estomac.

Quoiqu'il en soit, on devra, d'après Schiff, recommander aux malades de prendre une heure avant les repas une tasse de bouillon, ou de la gélatine, ou de la dextrine, en un mot les éléments de la viande solubles dans l'eau, et qui contiennent au plus haut degré les matières peptogènes.

Les différents régimes, que nous venons d'énumérer, s'adressent à la gastrite, au cancer, à l'atrophie et à la neurasthénie gastrique; soit donc aux dyspepsies qui s'accompagnent presque constamment d'une diminution ou même de la suppression du suc gastrique.

Dans les dyspepsies avec hyperchlorhydrie, le régime alimentaire, ainsi que les prescriptions thérapeutiques, doivent tout naturellement changer, et seront différentes de celles qui conviennent à l'atonie simple avec hypochlorhydrie.

Voici le traitement auquel nous soumettons les dyspeptiques hyperchlorhydriques, et les sujets atteints de la maladie de Reichmann, que nous regardons du reste comme une névrose hyperchlorhydrique de l'estomac.

Le traitement de l'hyperchlorhydrie doit atteindre deux buts: 1° Agir sur l'ensemble nerveux par l'hydrothérapie et l'électricité (statique, et hautes tensions); et 2° traiter les symptômes et les manifestations morbides du moment.

On s'efforcera d'abord d'atténuer les sensations subjectives si pénibles des malades (les douleurs, la soif, la boulimie), et l'hypersécrétion. L'alimentation sera à peu près celle du diabétique : nourriture azotée et peu d'amylacées ; on espacera les repas le plus possible, chaque repas augmentant la sécrétion acide.

Comme toutefois l'organisme ne peut être entièrement privé d'amylacées, on autorisera l'usage des farineux, qui sont facilement transformés par la ptyaline ; et on recommandera au malade de manger très lentement, et d'insaliver ses aliments le plus possible. La bouillie au tapioca constitue l'amylacée par excellence ; les hydrocarbures seront représentés par les fruits cuits.

Pour combattre directement l'acidité, on aura recours aux alcalins, et plus particulièrement aux sels de Karlsbad. Mais la cure de l'hyperacidité gastrique est par excellence le *lavage de l'estomac,* que l'on fera, soit avec de l'eau salée, soit avec une eau minérale alcaline, comme l'eau de Vichy, de Vals, etc. ; soit enfin, en cas de dilatation, avec un liquide antiseptique. On pratiquera le lavage matin et soir, 6 à 7 heures après les repas.

En résumé, on instituera le régime et le traitement de l'hyperacidité et de l'hypersécrétion de la manière suivante :

1° Hydrothérapie et électricité.

2° Le matin de l'eau ou du sel de Karlsbad[1], ou de l'eau de Vichy.

Après une promenade d'une demi-heure, viendra le premier déjeuner composé de bouillie au tapioca et de « zwiebachs; » le *zwiebach* est un biscuit extrêmement léger, et qui est facilement digéré par les estomacs les plus dyspeptiques. A midi, gélatine, pieds de veau, œufs, viandes rôties, gibier, fruits cuits, un peu de légumes verts (cresson, chicorée, pousses d'orties et de houblon); puis diète jusqu'à 5 heures, heure à laquelle on devra pratiquer le lavage; après quoi, bouillie au tapioca, œufs, jambon, 50 grammes de pain grillé; le soir en se couchant, tapioca au lait et œufs; le matin au réveil, lavage de l'estomac et sel de Karlsbad. On recommandera en outre au malade de boire le moins possible.

Grâce à ce traitement, on peut voir des malades d'aspect presque cachectique reprendre très vite des forces, et présenter toutes les apparences de la santé; ils gagnent en poids; les souffrances s'atténuent et finissent par disparaître. Les douleurs qui

[1] On fera prendre le matin à jeun deux verres d'eau de Karlsbad Mühlbrunn, en mettant ¼ d'heure d'intervalle entre chaque verre; le verre contiendra 120 gr. et l'eau prendra au bain-marie la température de 48° C. — Le sel de Karlsbad se prescrira de préférence en poudre, une demi cuillerée à café dissoute dans un verre d'eau froide (120 gr.), dont on élève ensuite la température au bain-marie jusqu'à 40° ou 42° C.

surviennent pendant la nuit sont généralement dues à l'état de vacuité de l'estomac, et cèdent à l'ingestion d'aliments, d'un œuf dur par exemple.

Les accès de *gastroxie,* qui ne sont que la manifestation d'une crise aiguë d'hyperacidité d'origine nerveuse, sont souvent périodiques (tabes par ex.), et intermittents. Nous en avons vu se déclarer fréquemment sous forme de gastrite aiguë avec hyperacidité, se montrant après quelques excès de table ou de boisson, ou aussi sans cause appréciable.

Le traitement de la gastroxie se confond avec celui de l'hyperacidité, et de la cause qui l'a produite.

Dans tout état dyspeptique, quelle qu'en soit l'origine, on aura soin d'éviter l'abus, même l'usage des boissons alcooliques. Les vins acides sont souvent par eux-mêmes la cause de dyspepsies. La bière, moins nuisible à cause de la petite quantité d'alcool qu'elle contient, prédispose en revanche à la fermentation acétique et lactique, à la dilatation et au « weakened heart. »

Le tabac entrave les fonctions gastro-intestinales, et constitue un vrai poison du système nerveux.

Le café excite les mouvements cardiaques, et toutes les actions nerveuses. Cependant il exerce une assez bonne influence sur l'organisme, quand il est pris en petite quantité et que l'estomac fonctionne normalement; mais sous tous les rapports on doit lui préférer le thé. Il ralentit certainement la digestion, et

augmente les phénomènes dyspeptiques (flatulence, lenteur de la digestion, anorexie).

D'autres aliments prédisposent à la dyspepsie, comme les graisses ;

Exemple: M. X. se plaint de ressentir de violents vertiges, qui se montrent de 2 à 3 heures après les repas, et qui l'inquiètent d'autant plus que le sang lui monte facilement à la tête, et qu'étant âgé de 62 ans, il craint que ces vertiges ne soient des précurseurs d'une attaque d'apoplexie. Or, M. X. est assez gros mangeur, et a une prédilection marquée pour les graisses, dont il abuse dans son alimentation. Il présente des symptômes d'atonie de l'estomac, de la lenteur dans la digestion, surtout après l'absorption des matières grasses.

Nous lui conseillons en conséquence de ne boire que très peu de liquide pendant les repas, de supprimer l'alcool et de restreindre l'usage de la graisse. Ce simple régime, combiné avec des frictions faites chaque matin avec une serviette mouillée, dans le but de régulariser la circulation et d'activer les fonctions de la peau, suffit en peu de temps à faire disparaître entièrement les vertiges, qui dès lors ne reparurent plus.

Les féculents ne doivent être ingérés qu'en quantité très modérée ; car ils sont rebelles à la digestion du suc gastrique, et séjournant longtemps dans l'estomac, ils en entravent les mouvements péristalti-

ques, et le prédisposent à la dilatation. Les amylacées qui se digèrent le plus facilement sont : le tapioca, la semoule, le riz, la crême de riz, l'arrowrot, la farine de lentille, les macaronis.

Le zwiebach, nous l'avons dit, est l'amylacée par excellence des dyspeptiques; bien pulvérisé, bien grillé, ne renfermant aucune humidité, il est toléré par des estomacs qui refusent toute nourriture.

La pomme de terre est un aliment lourd et très peu nutritif. Aussi rien n'est-il plus faux que d'appeler la pomme de terre le « pain du pauvre. »

Le sucre produit facilement de la flatulence, du gonflement et du pyrosis; toutes les boissons sucrées agissent de même; le sucre doit donc être défendu aux dyspeptiques et aux malades par atonie de l'estomac.

Les crucifères, le chou, le navet, les radis, la moutarde, toutes plantes qui renferment une huile volatile âcre, irritante, doivent être défendues aux dyspeptiques. On doit faire une exception pour la *choucroute,* aliment très salubre, qui, ayant subi la fermentation lactique, est d'une digestion d'autant plus facile que ses fibres se séparent et se désagrègent très facilement dans l'estomac. On considère la choucroute comme un excellent antiscorbutique, et l'on attribue à son usage l'état de santé dans lequel le capitaine Cook parvint à maintenir tout son équipage pendant une navigation de plus de trois ans.

La choucroute et les côtelettes de porc sont, à Karlsbad, une partie essentielle du menu des diabétiqu es!

Joignons aux crucifères *les liliacés,* tels que l'oignon et l'ail.

Les plantes du printemps doivent être recommandées plus particulièrement aux dyspeptiques arthritiques: *le cresson, la chicorée* mangés cuits, *la jeune pousse d'orties piquante,* mets très délicat, bouilli cinq minutes et assaisonné au beurre.

Les pousses de sureau et surtout les *pousses du houblon* ont une réputation dépurative; on prépare ces dernières de la manière suivante : Cueillir les jeunes pousses du houblon jusqu'à la limite où elles se cassent à la main, et n'ont pas de filaments ; les couper en petits morceaux ; puis faire bouillir cinq minutes dans l'eau ; les mettre dans une passoire, et les traiter comme des asperges véritables. L'eau d'ébullition sert à tremper des soupes, selon l'habitude.

La laitue peut être prise contre l'insomnie.

La chicorée a des propriétés laxatives.

Le cresson est un tonique, un antiscorbutique et un léger excitant de l'appétit, dont il ne faut pas faire abus ; il est en même temps, dit-on, un dépuratif.

Le rampon ou doucette, mâche potagère, ou salade de chanoine, est astringent et adoucissant.

La sauge est antispasmodique, et convient aux nerveux. Ses feuilles donnent une huile essentielle qui a pour base le camphre; aussi ordonnait-on souvent l'infusion de sauge pour ranimer les forces vitales.

Les épinards sont émollients et détersifs.

Les asperges composent un mets des plus nourrissants, et l'un de ceux qui plaisent le plus à l'estomac. Sous ce rapport, l'asperge doit être considérée comme l'un des plus précieux herbages légumineux.

Les lentilles, riches en gluten et en phosphates, fournissent une nourriture très substantielle, et de facile digestion. Pour rendre la cuisson des lentilles plus facile, les Anglais les privent de leur enveloppe coriace, par une espèce de demi-mouture dans des moulins appropriés.

Le pois fournit un excellent aliment, et donne de bonnes purées très nourrissantes; mais la digestion en est souvent lente et laborieuse.

Les fèves sont réputées comme un des aliments les plus nutritifs après la viande; elles sont saines, et généralement d'une facile digestion.

Le céleri est stimulant, et passe pour être une sorte de spécifique du rhumatisme; on peut dans tous les cas le recommander aux arthritiques. Il faut en manger abondamment, mais cuit. Il faut en outre couper le céleri en morceaux, le faire bouillir

dans l'eau jusqu'à ce qu'il soit mou, et faire boire cette eau au malade.

Les mets suivants ont la réputation d'exciter l'estomac, et sont souvent employés, quoique bien à tort par les dyspeptiques, comme apéritifs propres à stimuler la sécrétion du suc gastrique; ce sont: les harengs, le caviar, les anchois, les viandes fumées, tous les hors d'œuvres en général. Or, ces excitants doivent être complètement bannis de la table des dyspeptiques; ils font sur l'estomac à peu près le même effet que les laxatifs sur l'intestin; ils déterminent une stimulation factice et momentanée de l'organe, mais ne produisent pas d'autres résultats qu'une atonie encore plus accentuée, dès que l'excitant a disparu. On gâte une serrure en l'ouvrant souvent avec une fausse clef.

Les pois, les lentilles, le fromage ne conviennent généralement pas aux dyspeptiques.

Au surplus, et d'une manière générale, on peut dire que la digestibilité des aliments dépend de leur transformation au moyen des sucs digestifs.

C'est ainsi que le suc gastrique digère plus vite l'albumine non coagulée que l'albumine coagulée, etc.

L'homme en santé peut s'en remettre à son goût pour le choix des aliments, et l'on peut affirmer que tout ce qui est préparé avec les soins nécessaires est à peu près également digestible. Mais quand il s'agit de malades, la nourriture doit être réglée

d'une façon spéciale. On se souviendra néanmoins que les dyspeptiques, eux aussi, doivent avoir une alimentation aussi variée que possible, la monotonie dans les aliments n'étant nullement l'amie de l'estomac.

Quelques dyspeptiques, les neurasthéniques surtout, sécrètent peu de salive; ils boivent alors beaucoup en mangeant; l'excès de liquide produit la dilatation, le tympanisme, l'irrégularité du cœur, les palpitations, le sang à la tête.

Le simple conseil de ne pas boire pendant les repas fait bien vite disparaître tous les symptômes qu'on remarque souvent, principalement chez les hommes pressés, affairés, qui ont peu de temps à donner à leurs repas, et qui, mangeant vite et sans mâcher leurs aliments, absorbent beaucoup de liquide.

A ces atoniques et faux dilatés, on imposera une hygiène sévère, on changera leur genre de vie; on leur recommandera de manger lentement, de ne boire qu'à la fin des repas, et de suivre exactement les prescriptions de régime imposées par l'atonie avec ou sans relâchement de l'estomac. On leur prescrira en outre un traitement hydrothérapique mitigé, des douches tièdes et fraîches, l'usage des bains frais, et surtout des promenades journalières, l'exercice modéré du corps, le travail modéré et bienfaisant, et le calme de l'esprit.

Dans la dilatation vraie, qu'elle résulte d'une lésion organique ou de l'atonie musculaire neurasthénique, il s'agit d'augmenter le tonus musculaire par l'hydrothérapie, le massage et l'électricité, et de rétablir l'équilibre nerveux par l'hydrothérapie, l'isolement, etc.

On évitera d'abord toute surcharge alimentaire; les malades auront soin de ne manger que peu à la fois; ils s'abstiendront des féculents et de tous les aliments qui laissent facilement des résidus dans l'estomac. La restriction dans l'usage des liquides est nécessaire, et sera la base du régime de la dilatation. La bière est mieux tolérée que le vin, les liquides chauds mieux que les froids; l'eau froide ou glacée est ce que le dilaté peut prendre de plus nuisible à son état.

On relèvera le tonus général par les douches, et la tonicité de la fibre musculaire par le massage et l'électricité, en se conformant aux règles indiquées dans l'application de ces méthodes thérapeutiques.

Quelles que soient la valeur et l'importance du traitement médical proprement dit, il ne saurait suffire quand il s'agit de malades nerveux; on aura donc soin de ne pas négliger le traitement psychique, dont malheureusement on ne tient pas toujours assez compte, et auquel en général on fait jouer un rôle beaucoup trop effacé.

Le médecin, qui ne possède pas le don de l'entraî-

nement psychique, aura peu de chance d'améliorer l'état nerveux de ses malades.

Il doit en outre savoir s'entourer de toutes les conditions qui peuvent faciliter sa tâche, et lui donner le plus d'ascendant sur l'esprit de ses clients. A cet effet et avant tout, il aura soin de faire sortir les malades de leur milieu habituel; et s'il le juge nécessaire, il n'hésitera pas à les séparer de leurs parents et de leurs amis, dont la présence ne sert ordinairement qu'à entraver ses efforts.

Il ne manquera pas non plus d'éloigner les malades du lieu où la maladie s'est déclarée. Il ne se bornera pas, comme c'est trop souvent l'habitude, à conseiller aux neurasthéniques et aux névropathes de voyager, en leur assurant qu'ils n'ont rien de grave, et qu'ils n'ont besoin que de quelques distractions.

« Hâtez-vous de sangler vos malles, et prenez le train pour n'importe où ; faites votre tour d'Europe, dit-on en Amérique ; » et ces infortunés neurasthéniques, fatigués et épuisés, dont le premier besoin est le repos, les voilà courant de ville en ville, se traînant de musée en musée, promenant partout leur ennui et leur harassement, poursuivant sans cesse des distractions, cherchant des forces, stationnant dans les antichambres de toutes les célébrités médicales, se gorgeant souvent de remèdes qui ne font qu'augmenter l'atonie et la fatigue de l'estomac; en fin de compte, toujours plus épuisés, ce qui ne le

empêche pas de continuer leurs pérégrinations, persuadés que le mieux tarde à se montrer parce qu'ils ne circulent pas assez vite, et ne font pas assez de chemin.

Comme ils éprouvent toujours une amélioration pendant les premiers jours de leur arrivée dans un nouvel endroit, ils sont convaincus que la distraction est le seul remède à leurs maux ; et effectivement la nouveauté du site et du pays leur apporte momentanément un adoucissement à leurs maux, ou plutôt l'oubli de leurs misères. Mais bientôt le mal reprend son cours; la fatigue et l'épuisement de la cellule nerveuse s'accentuent; et les voyages, les courses au clocher d'hôtel en hôtel, de table d'hôte en table d'hôte, n'aboutissent en dernier résultat qu'à une aggravation de l'état général de débilité, et à une augmentation de l'atonie de l'estomac.

Non certes, ce ne sont ni les voyages, ni les distractions seules, ni le changement continuel de milieu, ni la recherche des plaisirs, ni même le repos qui guériront la neurasthénie, si toutes ces choses sont conseillées banalement, et si leur exécution est confiée au malade lui-même. On ne sait que trop combien il est incapable de persévérance et d'une décision sage et énergique, surtout quand il s'agit de sa maladie.

Il faut plus que cela; et tout le monde ne reconnaît-il pas que la neurasthénie et l'hystérie entrat-

nent après elles des conséquences physiques et sociales si graves, qu'elles méritent de la part des parents du malade, et du médecin une sollicitude constante, en même temps que les soins les plus judicieux, les plus énergiques et les plus dévoués?

Le neurasthénique, de même que l'hystérique, ne guérira que s'il est envoyé dans des Etablissements spéciaux, et placé dans toutes les conditions d'hygiène, de repos intellectuel et moral, de régime et de traitement, exigées pour la cure des maladies nerveuses, quelles qu'elles soient. Aussi, l'hydrothérapie, le massage, l'électricité, et n'importe quelle autre cure du reste, échouent presque toujours, quand ils sont appliqués à domicile.

Nous ne terminerons pas cette étude sans insister de nouveau sur ce fait que, de toutes les affections de notre époque, l'atonie et la névrose de l'estomac et de l'intestin sont sans contredit parmi les plus fréquentes; qu'elles constituent certainement les quatre cinquièmes des maladies des organes digestifs; mais qu'elles sont encore trop souvent confondues avec les autres affections gastro-intestinales comme le catarrhe, la dilatation, même l'ulcère. L'atonie, aussi bien que la névrose de l'estomac, entre tout spécialement dans le département de la médecine physique, soit de l'hydrothérapie, du massage, de l'électricité; *puis, pour une très large part, de la psychothérapie* et d'un régime hygiénique bien

ordonné. Il faut régler l'activité des malades, supprimer les plaisirs, les occupations fatigantes, les soirées, les réceptions, les théâtres, etc., et leur apprendre un travail manuel, comme la menuiserie par exemple; qu'ils fassent de la gymnastique, des promenades, du jardinage, toutes choses qui rompent avec leur vie habituelle de plaisir, et coupent leur oisiveté.

Psychothérapie.

L'hydrothérapie, l'électricité sont de puissants moyens de traitement des névropathies; mais ils ne peuvent tout faire, et sont insuffisants sans les modificateurs moraux, parmi lesquels, avec la suggestion psychique morale, nous ajoutons l'organisation du temps et du travail, le travail utile et moralisant, qui est au surplus la meilleure des distractions.

Le travail alternera avec des phases de repos, déterminées et calculées sur la force de résistance de l'individu. C'est pourquoi chaque Etablissement hydrothérapique devrait avoir une salle pour la gymnastique active ou passive, un atelier de menuiserie, une terre à cultiver, etc.

Tout le monde est d'accord sur l'importance du traitement moral chez les neurasthéniques et les névropathes. Mais ces malades ne sont pas, tant s'en faut, facilement accessibles aux conseils et aux exhor-

tations. Aussi plusieurs médecins, admettant, avec raison du reste, que l'habitude psychique morbide constitue l'élément pathologique essentiel de la maladie, ont-ils conseillé le traitement par la suggestion hypnotique, et citent ainsi plusieurs cas de guérison.

La suggestion dans le sommeil peut certainement rendre des services, et être indiquée dans certains cas spéciaux et bien déterminés de névrose, ou plutôt chez certains *sujets* nerveux; c'est ce dont nous ne doutons pas. Mais ces cas sont à notre avis fort rares, et toujours susceptibles d'être guéris par d'autres moyens. Nous ajouterons que les pratiques intempestives d'hypnotisme sont bien plus des agents provocateurs que des agents thérapeutiques de l'hystérie. Au surplus, toutes les méthodes thérapeutiques, les plus extravagantes, et parfois même les plus illogiques, comptent des succès dans toutes les maladies, et ont pu améliorer et guérir, autant qu'ils peuvent l'être du moins, bon nombre de déséquilibrés nerveux. Ce sont ces succès de hasard qui font la réputation et le triomphe des empiriques.

Mais nous sommes convaincu que la suggestion hypnotique reste bien en arrière des procédés classiques, et des méthodes rationnelles et scientifiques de traitement.

C'est ce que nous avons pu constater *de visu*, dans un certain nombre de cas; et c'est la conviction que

nous a laissée l'observation de nombreux malades, auxquels nous avons donné des soins, après qu'ils avaient été traités en vain par l'hypnotisme. Nous croyons pouvoir affirmer que la suggestion sans hypnose restera toujours le moyen le plus sûr, et le plus efficace, parce qu'il est le plus naturel et le plus logique, pour fortifier et ramener l'équilibre dans les réactions psychiques de l'individu.

Le traitement moral du déséquilibré, de l'hystérique et du neurasthénique *psychique* gît tout entier dans l'éducation. C'est par une vie saine, tranquille, exempte de soucis et d'agitation, combinée à un entraînement moral prolongé et continu dans un milieu calme et sérieux, que l'on redonnera au malade un jugement sain, une volonté énergique et capable de résister aux impressions extérieures. Ce n'est qu'ainsi qu'il retrouvera la pondération d'esprit et le sens moral, qui font marcher l'homme droit dans la vie, et qui ne sont que l'expression d'une constitution mentale normale.

Cette transformation et cette éducation ne peuvent se faire par une influence purement extérieure, sans participation active de l'individu. Ce n'est pas par quelques séances d'hypnotisme qu'on obtiendra pareil résultat : on n'y parviendra que par un long effort individuel de la pensée, de la réflexion, du raisonnement. C'est après une lutte intime souvent dure et pénible que l'individu assiste à son triomphe

ou à sa défaite, à la victoire de l'âme sur les influences matérielles de la périphérie, ou à son asservissement aux impulsions réflexes des sens.

Dans la pathologie nerveuse, comme dans l'ordre moral, tout s'enchaîne, et tout est subordonné au *self-contrôl*, à la marche imprimée à nos sensations centripètes et à leurs réactions centrifuges par l'auto-suggestion ; autrement dit, à l'interprétation que nous donnons à nos sensations, à notre réaction cérébrale, au degré de maîtrise que nous arrivons à acquérir sur nous-même et sur les impressions qui nous viennent du dehors.

C'est cette force morale, résultant de l'équilibration des centres psychiques, qui nous permettra de vaincre nos sentiments, de mettre un frein à nos impulsions et à nos passions; ou qui au contraire, si elle fait défaut, rendra l'homme victime de ses nerfs et de ses instincts, et incapable de résister à leurs attaques. Cet équilibre vital, ce triomphe de l'âme sur la matière, ne s'obtient pas et ne s'obtiendra jamais par l'hypnotisme. Il ne sera jamais, — en dehors bien entendu des cas où la fatalité d'une hérédité tarée pèse inéluctablement sur la conscience du malheureux stigmatisé, — que le fruit du milieu dans lequel nous avons vécu, des exemples qui nous auront été donnés, et de l'éducation que nous aurons reçue; en un mot, de la suggestion par la famille, par l'école, et par le milieu ambiant où nous vivons.

Si l'on arrive à détourner la pensée de la sensation morbide, on mettra fin à l'idée maladive: le stigmate, l'obsession disparaîtra, et le malade guérira. Si nous arrivons à persuader à une hystérique paraplégique qu'elle peut marcher, l'idée de la possibilité de marcher va supplanter l'idée de la paralysie, et la malade finira par marcher. Il en sera de même pour certaines douleurs nerveuses. Mais pour cela, il faut avant tout, réveiller la volonté disparue; il faut que le neurasthénique ou l'hystérique retrouve la volonté de guérir suffisante; et ce résultat s'obtiendra certainement plus complètement par la suggestion à l'état de veille que par l'hypnotisme.

Il faut pour cela que le malade ait une foi entière et une confiance illimitée en son médecin. *La foi* est ici la base de la guérison. Les miracles à Lourdes et ailleurs ne se font pas dans le sommeil hypnotique!

L'irresponsabilité héréditaire est fortement attaquée aujourd'hui par un groupe de philosophes, qui ne peuvent admettre l'antithèse d'un homme doué d'intelligence ou même de génie, et privé en même temps de son libre arbitre. Evidemment c'est chose pénible à constater et plus pénible encore à reconnaître, que le fait d'être intelligent n'implique pas celui d'avoir son « self-contrôl » et la maîtrise sur soi-même; et que la raison puisse, à un moment donné et malgré tous nos efforts, être vaincue par

le tempérament ou par les instincts matériels, être en un mot dépendante du degré d'équilibre des actions nerveuses centripètes et centrifuges.

Ce serait toutefois aller trop loin, ainsi que nous venons de le dire, que d'admettre, avec quelques fanatiques, que la valeur de l'éducation n'est que négative. Nous reconnaissons au contraire, et c'est un axiome qu'on ne peut trop hautement proclamer, que l'éducation bien dirigée et bien comprise peut certainement, dans une large mesure, transformer l'âme et la volonté de l'individu, jusqu'à lui donner assez d'empire sur lui-même pour qu'il domine ses sentiments, triomphe de ses passions, et résiste victorieusement aux impulsions de ses instincts, et aux écarts de son tempérament. Mais ces résultats de l'éducation sont rares relativement, et nous subissons fatalement et malgré nous l'influence occulte de notre organisation tant physique que morale. Il est en effet des signes ou des stigmates de race que l'éducation n'effacera jamais.

« Chassez le naturel, il revient au galop, » est une vieille maxime qui restera éternellement vraie.

Les lois actuelles de l'hérédité, telles qu'elles ont été établies par l'observation physiologique et clinique, nous paraissent absolument inattaquables. Toute personne ayant quelque expérience des choses nerveuses reconnaît l'inéluctabilité de ces lois,

contre lesquelles l'éducation et l'entraînement de la volonté ne peuvent dans certains cas que lutter sans espoir. L'homme trop souvent n'a qu'à subir sa destinée, et ne peut que constater son impuissance. Est-il rien de plus triste et de plus misérable ? Est-ce à dire que, confiné dans un fatalisme pessimiste, nous devions renoncer à la lutte contre la dégénérescence héréditaire ? loin de là, et l'on peut, si l'hérédité n'est pas trop chargée, par un entraînement continu, et une sélection bien ordonnée, transformer à la longue l'état physique et moral de l'individu. Mais c'est une œuvre de patience que le temps seul peut effectuer car il ne faut pas oublier que sélection et atavisme sont le résultat du temps, et que les défauts et les tares s'héritent beaucoup plus facilement que les qualités. Les plus heureux sont ceux qui, comme disait Renan, ont « hérité du silence cérébral de leurs parents. »

Quelques critiques littéraires se sont emparés du sujet délicat de l'hérédité pour partir en guerre contre la médecine et n'ont pas hésité à parler de la « faillite de la science. » Voilà certes une appréciation qui ne sera pas confirmée par la postérité et qui, par son exagération sent de loin la neurasthénie et la nervosité. Non, la science n'est pas si près de la banqueroute ; et même elle se porte assez bien, et est assez sûre d'elle-même pour oser se moquer de ces pronostics. De ce qu'un aveugle nie les cou-

leurs, cela ne veut pas dire qu'elles n'existent pas. Et, en présence des découvertes merveilleuses et extraordinaires de la science d'aujourd'hui, comparées aux défaillances de la littérature et de la philosophie, on est mal venu à réfuter des faits par des théories et des hypothèses, en faisant fi des données de l'observation et des résultats de l'expérimentation; et l'on n'a rien prouvé, pas même que l'on est homme d'esprit, lorsqu'on a ri, ou fait rire aux dépens du travail d'autrui.

Parler à notre époque de faillite de la science, c'est faire montre d'un jugement préconçu, et d'un parti pris de dénigrement, qui exclut toute discussion sérieuse; en même temps que d'une inintelligence à peu près complète du mouvement scientifique moderne.

Toutes ces questions de l'hérédité et de la responsabilité de l'individu sont fort complexes et difficiles à débrouiller, et elles ne seront définitivement éclaircies dans tous leurs détails que par l'analyse objective, par l'étude suivie de l'homme sain et de l'homme malade, de l'individu psychiquement normal et anormal.

Dans tous les cas, nous trouverons toujours une tare héréditaire ou un défaut d'éducation, à la base de tous les crimes et de toutes les actions extraordinaires ou anormales que l'homme peut commettre. Que les convaincus du libre arbitre quand même ré-

pugnent à cette idée, et qu'ils s'élèvent énergiquement contre l'irresponsabilité de la créature supérieure, cela se comprend; mais aussi cela ne prouve rien, sinon que la fatuité est un travers humain fort répandu. Or, le psychologue qui n'est pas doublé d'un physiologue n'a de philosophe que le nom; et ses hypothèses, pas plus que les déductions subjectives de son raisonnement, ne peuvent avoir de valeur pour l'homme scientifique, qui ne basera jamais son jugement que sur les faits et les données de l'expérimentation.

Taine nous disait un jour que rien n'était plus absurde qu'un philosophe qui ne connaissait pas la physiologie du cerveau. Apprenez d'abord à connaître la physiologie et la pathologie nerveuses, disait-il; après quoi, vous aurez quelque droit à vous essayer dans la psychologie de cabinet.

C'est à ces écrivains, qui font de la critique comme on fait de la prestidigitation, c'est à ces contempteurs arriérés de la science, qu'on peut appliquer ce qu'à écrit M. Doumic dans son *Etude sur la critique apocalyptique* (*Revue des Deux Mondes,* avril 1896).

« Remplacer les lenteurs de la préparation par la soudaineté de l'intuition, les précautions de la méthode, par la spontanéité du sentiment; et, d'une façon générale, les idées par les grandes phrases, les faits par les grands mots, les appréciations par

les grandes lettres, et les discussions par les grands gestes, tel est le programme; » et plus loin, « *Ce dont nous avons besoin, c'est d'esprits équilibrés, amis du vrai, fuyant comme la peste l'outrance, la prétention et les contorsions, c'est d'hommes sensés et prudents, faisant modestement une tâche limitée.* »

Les conclusions qu'il est permis de tirer de ce travail sont, pensons-nous, que, si certains médicaments et remèdes pharmaceutiques peuvent rendre d'incontestables services dans le traitement *des dyspepsies et de la neurasthénie,* c'est néanmoins *sur les agents physiques et mécaniques* de la médecine qu'il faut compter avant tout; puis aussi bien certainement, *sur l'entraînement moral qui agit par la persuasion sur la volonté,* et sans lequel il ne sera guère possible d'obtenir une guérison définitive et durable, ou tout au moins une amélioration notable de cet ensemble de symptômes si affligeants, si pénibles, et si désagréables, apanage de notre époque, et qui constituent ces maladies tenaces et opiniâtres, toujours plus fréquentes, véritable danger pour l'avenir de l'humanité, qu'on appelle *la neurasthénie, l'hystérie, et leur dérivé la dyspepsie nerveuse et neurasthénique.*

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I. — Symptômes et diagnostic de la dyspepsie nerveuse et neurasthénique 51

CHAPITRE II. — Diagnostic différentiel de l'atonie et de la dilatation 119

CHAPITRE III. — Diagnostic différentiel de l'atonie et de la névrose. 133

CHAPITRE IV. — Catarrhe de l'estomac. . . . 189

CHAPITRE V. — Cancer et ulcère 195

CHAPITRE VI. — Pronostic des névroses et de l'atonie de l'estomac . . . 205

CHAPITRE VII. — Traitement 241

a) Hydrothérapie 244

b) Electrothérapie. 266

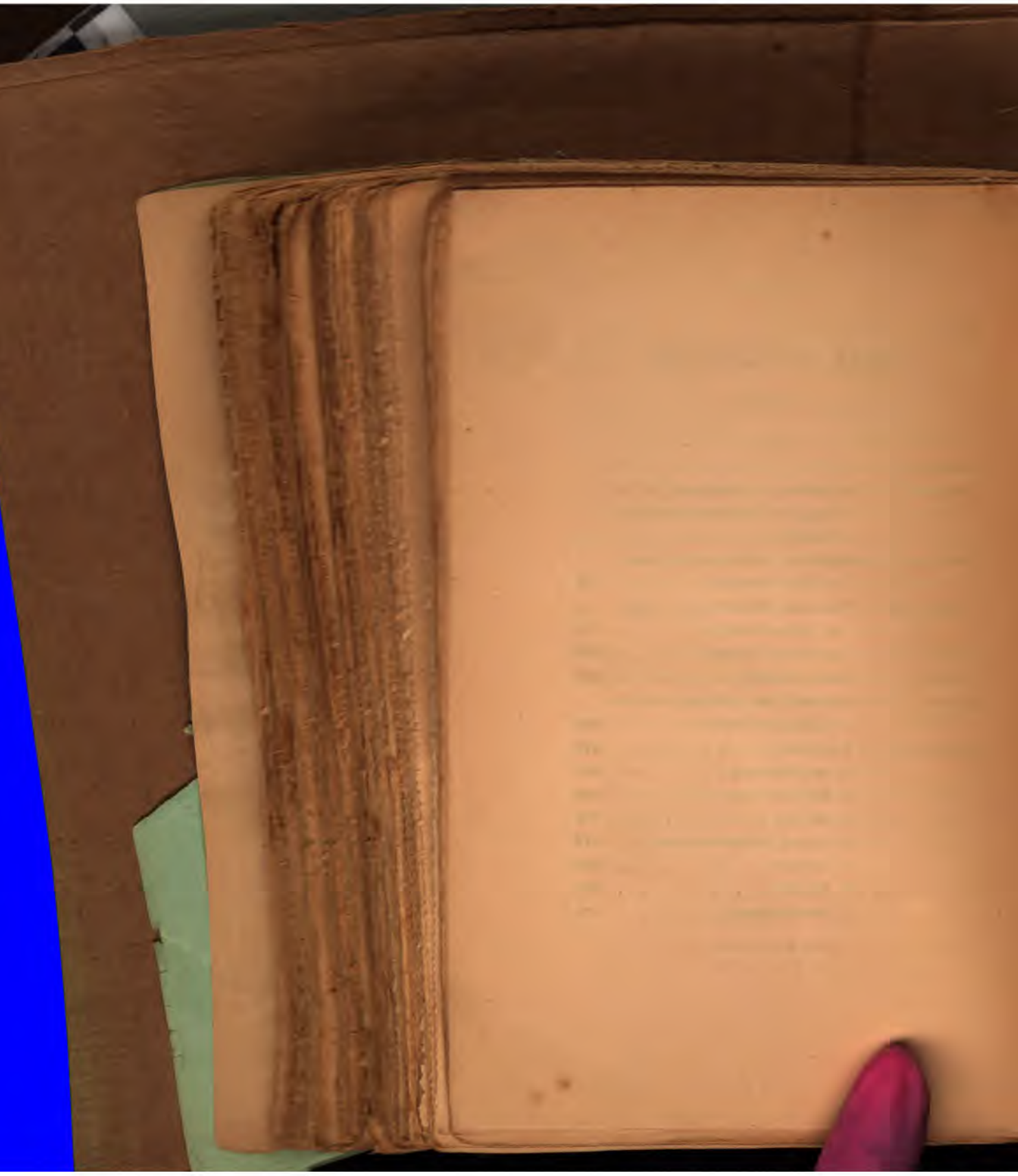
c) Massage 275

d) Agents pharmaceutiques . . 278

e) Lavages 287

f) Régimes 293

g) Psychothérapie 321



BIBLIOGRAPHIE

APOSTOLI. Note sur le traitement électrique des vomissements.

APOSTOLI et BERLIOZ. Note sur l'action thérapeutique des courants alternatifs à haute fréquence.

ARNDT. Die Neurasthenie.

AXENFELD et HUCHARD. Traité des névroses.

BALLET. Leçons de clinique médicale. 1897.

— Le sommeil provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux. (*Progrès médical*. Juin 1892.)

BEARD (Georg). Neurasthenia.

BENEDICKT. Traité d'Electrothérapie.

BINSWANGER (Prof.). Ueber das Weir-Mitchell'sche Heilverfahren. (*Therapeut. Monatshefte*. 1887.)

BLOCQ. La Neurasthénie et les Neurasthéniques.

BOAS. Ueber das Labferment. (*Centralblatt f. med. Wissensch*. N° 23. 1887.)

— Symptom. der Atrophie der Magenschleimhaut. (*Munch. med. Wochenschr*. 1887.)

— Diagnost. und ther. der Magenkrankheiten.

BONNEFIN. Vomissements incoercibles traités par la faradisation des pneumogastriques au cou.

BOUCHARD. Maladies par ralentissement de la nutrition.
— Leçons sur les auto-intoxications.

BOURGET. Rapport sur le chimisme stomacal.

BOUVERET. La Neurasthénie.

BOZZOLO. Beitrag zur Kenntniss der Verhaltung der HCl. zu den Eiweisskörpern in Bezug auf die chemische Untersuchung des Magensaftes. (*Berlin. Wochenschrift.* October 1892.)

BRIQUET. Traité clinique de l'Hystérie.

BROADBENT (W.). Pulse.

BROCHIN. Maladies nerveuses. *(Diction. encyclopéd.)*

CARLET. Digestion. *(Diction. encyclop. des Sciences médicales.)*

CAUTRU. Traitement des dyspepsies par les agents physiques et en particulier du massage. 1894.

CHARCOT. Leçons du mardi.

CHAUFFARD. Tachycardie paroxistique. (*Bulletin médical.* Mai 1896.)

CHERCHEWSKY. Contribution à la pathologie des névroses intestinales. (*Revue de Médecine.* Octobre et Décembre 1883.)

CLARK (Sir Andrew). Renal inadequacy. (*Lancet.* Novembre 1879.)

COMBY. Le pouls lent permanent. *(Semaine médicale.)*

DÉJERINE. L'hérédité dans les maladies du système nerveux.

DEMANGE. Diabète. *(Diction. encyclop. des Sciences médicales.)*

DESCHAMPS. Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac. Thèse de Paris. 1884.

DESPLATS DE LILLE. Tachycardie paroxistique essentielle ou symptomatique.

DIEULAFOY. Pathologie interne.

EBSTEIN. Beitr. z. Lehre v. d. harnsauren Diathese.

— Das Regimen bei der Gicht.

EICHHORST. Handbuch der speciell. Pathologie und Therapie.

ERB. Handbuch der Electrotherapie.

— Irritation spinale in Handbuch. v. Ziemssen.

— Ueber d. wachs. Nervosität uns. Zeit. 3. Auflage.

EULENBURG. Sexuale Neuropathie d. Männer u. Frauen.

EWALD. Klinik der Verdauungskrankheiten.

FÉRÉ (Ch.) La pathologie des émotions. 1892.

FLEINER. Krankheiten der Verdauungsorgane.

FREDERICK. The Relations of renal insufficiency to surgical operations. (*Amer. Journal of Obstetrics.* December 1894.)

GILFORD (H.). Renal inadequacy and its treatment. (*Lancet.* 31 Mars 1894.)

GILLES DE LA TOURETTE. Traité de l'Hystérie.

— L'hypnotisme.

GLATZ. Névroses et dilatation de l'estomac. (*Revue médicale de la Suisse romande.* 1885.)

— Diagnostic et traitement des affections de l'estomac. (*Lyon médical.* 1887.)

— Céphalalgies nerveuses. (*Bulletin général de thérapeutique.* 1886.)

— Atonie de l'estomac. *(Progrès médical.)*
— Traité d'Hydrothérapie.
— Etude sur les bains de siège.
— Thermes et Hydrothérapie. (Mémoire lu à la Société de Médecine de Genève. 1880.)
GLAX (Julius). Nervöse Dyspepsie.
GOWERS. Diseases of nervous system.
GRASSET et RAUZIER. Du vertige cardio-vasculaire. 1890.
— Traité pratique des maladies du système nerveux.
HAYEM. Du chimisme stomacal.
HAYOIT. Des accidents céphaliques de la dyspepsie. Bruxelles. Manceaux, édit.
HENRIJEAN et PROST. Contribution à l'étude des urines pathologiques. (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Belgique.* 1886.)
HERMANN. Handbuch der Physiologie. Chemie der Verdauung. 5. Band.
HEURTAUX. Myomes de l'intestin. (*Presse médicale.* 16. I. 1897.)
HUCHARD. Du régime sec dans les maladies de l'estomac.
KIRMISSON. Urée et cancer. (*Semaine médicale.* 1885.)
KRAFFT-EBING. Neurasthenie. (*Wien. Med. Presse.* 1887.)
LANCEREAUX. Les Dyspepsies. *(Semaine médicale.)*
LANNOIS. Réactions chimiques des sécrétions stomacales. *(Revue de Médecine.)*
LAVÉRAN ET TEISSIER. Eléments de pathologie et de chimie médicales.
LECORCHÉ. Traité du Diabète.

LEUBE. Specielle Diagnose der inneren Krankheiten.

— Ueber nervöse Dyspepsie. (*Deutches Archiv f. Klin. Med.* B. XXIII.)

LEVILLAIN. Neurasthénie.

LEYDEN. Herzkrankheiten in Folge von Ueberanstrengung.

— Ueber Prognose der Herzkrankheiten.

LÖWENFELD. Nervenschwäche.

— Signes objectifs de la Neurasthénie *(Deut. med. Wochenschrift.)*

LUTON. Névroses. *(Nouveau Diction. de Médecine et de Chirurgie pratiques.)*

LYON. L'analyse du suc gastrique.

MAHÉ. Diarrhée. *(Diction. encyclop. des Sciences médicales.)*

MALIBRAN. Contribution à l'étude des ectasies gastriques.

MATTHIEU. Neurasthénie.

— Dyspepsie nervo-motrice de l'intestin. (*Gazette des Hôpitaux.* 12 Décembre 1891.)

— Thérapeutique des maladies de l'estomac et des intestins.

— Diverses formes cliniques d'hyperchlorhydrie. (Société de Thérapeutique. 13 Janvier 1897.)

MENDEL. Hypnotismus. Sammlung wissensch. Vorträge.

MILNER-FOTHERGILL. Dyspepsie.

MORACHE. Glycosurie. *(Diction. encyclop. des Sciences médicales.)*

MÖBIUS. Ueber die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten.

Mosso. La fatigue intellectuelle et physique.

Noorden (v.). Die Zuckerkrank und ihre Behandlung.

— Beitr. z. Lehre v. Stoffwechsel.

— Lehrb. d. Pathol. d. Stoffwechsels.

Norström. Céphalalgies et massage.

— Massage et méthode de Metzger.

Nothnagel. Die Erkrankungen des Darmes.

Oettinger. Tachycardie essentielle. (*Semaine médicale*. Septembre 1894.)

Oser. Die Neurosen des Magens.

— Mechan. Behandl. der Magen- und Darmkrankheiten.

Oulmont. Thérapeutique des névroses.

Pfungen (v.). Atonie des Magens. Wien.

Pitres. Troubles trophiques dans l'hystérie. (*Progrès médical*. Février 1892.)

— Neurasthénie traumatique. (*Progrès médical*. Décembre 1890.)

Proust et Ballet. Hygiène du Neurasthénique. 1897.

Rauzier. De la diminution de l'urée dans le cancer. (Thèse de Montpellier. 1889.)

Raymond. Leçons sur les maladies du système nerveux.

Régis. Des Neurasthénies psychiques. (*Journal de Bordeaux*. 1891.)

Reichmann. Ueber sogenannte Dyspepsia Acida. (*Berlin. klin. Wochenschrift*. 1884.)

Richer. Etudes cliniques sur l'hystérie.

Riegel. Diagnost. und Therapie der Magenkrankheiten.

ROMMELAERE. Recherches sur l'origine de l'urée. (*Ann. de l'Univ. de Bruxelles.* 1880.)

— Diagnostic du cancer et de l'ulcère de l'estomac. (*Journal de Médecine.* 1883.)

— Recherches sur l'origine de l'urée. (Manceaux, édit. Bruxelles.)

ROSSBACH. Physikal. Heilmethoden.

— Nervöse Gastroxynsis.

ROSSONI. Pathologie et traitement des maladies de l'estomac. (Congrès de Rome. 22 Octobre 1891.)

SACHARJIN. Klinik der Unterleibskrankheiten und functionnellen Störungen des Nervensystems.

SAHLI. *Correspond.-Blatt für schweiz. Aerzte.* 1885.

SIEVERS et EWALD. Pathologie und Therapie der Magenectasien. (*Therapeut. Monatshefte.* Août 1887.)

SPILLMANN (Prof.) et HAUSHALTER. Manuel de diagnostic médical. 2me édition.

STRÜMPELL. Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. 1895.

TAJERSZTAJN. Paralysie asthénique. (*Neurolog. Centralblatt.* N° 18. 1896.)

TALMA. Zur Behandlung von Magenkrankheiten.

THIRIAN. Sur l'importance du dosage quotidien de l'urée en chirurgie abdominale. (*Semaine médicale.* 1896.)

TRASTOUR. Affections fonctionnelles du cœur et tympanisme de l'estomac. (*Semaine médicale.* Août 1870.)

TSCHLENOFF. Acidität und Verdauung. (*Correspond.-Blatt für schweiz. Aerzte.* 1891.)

TUFFIER. Le rein mobile. (*Semaine médicale.*)

UFFELMANN. Ueber die Temperatur unserer Speisen und Getränke. Wiener Klinik. 1887.

WEIR-MITTCHELL. Du traitement méthodique de la Neurasthénie et de quelques formes de l'Hystérie.

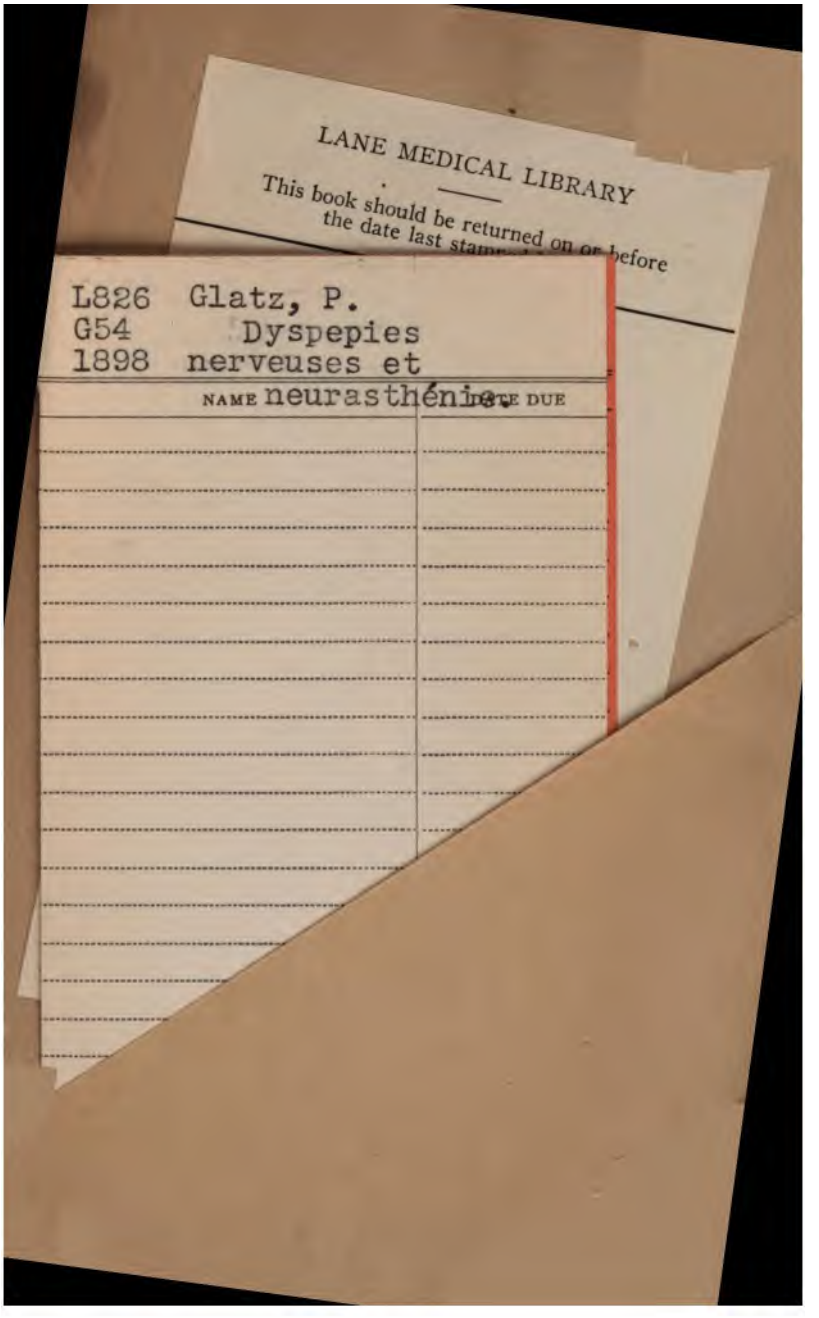
— Fat and Blood.

— Quelques troubles morbides du sommeil.

WINTERNITZ. Hydrothérapie.

ZIEMSSEN (v.). Die Electricität in der Medicin.

— Klinische Vorträge. Ueber die physical. Behandl. chronischer Magen- und Darmkrankh.


LANE MEDICAL LIBRARY
This book should be returned on or before
the date last stamped
L826 Glatz, P.
G54 Dyspepies
1898 nerveuses et
NAME neurasthéniques
DATE DUE

FÉLIX ALCAN, LIBRAIRE-ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

COLLECTION MÉDICALE

ÉLÉGANTS VOLUMES IN-12, CARTONNÉS A L'ANGLAISE, A 4 ET A 3

Viennent de paraître :

La Fatigue et l'entraînement physique, par le Dr Ph. Tissié, préface du Prof. Bouchard (de l'Institut), avec gravures.....

Chirurgie de la face, par les Drs Félix Terrier, membre de l'Académie de médecine, Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Guillemin, Malherbe, anciens internes des hôpitaux, avec gravures.....

Manuel théorique et pratique d'accouchements, par le Dr A. Pozzi, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, avec 138 gravures.....

La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente, par le Dr S. Icard, avec gravures.....

Le Phtisique et son traitement hygiénique, par le Dr E.-P. Léon-Petit, médecin de l'hôpital d'Ormesson, avec 20 gravures.....

Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie, par le Dr J. Monin, avec gravures, 2me édition.....

L'alimentation des nouveau-nés. *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. Icard, avec 60 gravures.....

L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales, par le Dr S. Rinnow, professeur à l'Université de Lund (Suède).....

Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le Dr F. Lagrange, lauréat de l'Institut, 4me édition.....

De l'exercice chez les adultes, par le Dr F. Lagrange, 2me édition.....

Hygiène des gens nerveux, par le Dr Levillain, 3me édition.....

L'idiotie. *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. Voisin, médecin de la Salpêtrière, avec gravures.....

La famille névropathique. *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr Ch. Féré, médecin de Bicêtre, avec gravures.....

L'éducation physique de la jeunesse, par A. Mosso, professeur à l'Université de Turin. Préface de M. le Commandant Legros.....

Manuel de percussion et d'auscultation, par le Dr P. Simon, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, avec gravures.....

Eléments d'anatomie et de physiologie générales et obstétricales, par le Dr A. Pozzi, professeur à l'école de médecine de Reims, avec 219 gravures.....

Le traitement des aliénés dans les familles, par le Dr Féré, médecin de Bicêtre, 2me édition.....

Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales, par les Drs Félix Terrier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et M. Péraire, ancien interne des hôpitaux, assistant de clinique chirurgicale à l'hôpital Bichat, avec gravures.....

Petit manuel d'anesthésie chirurgicale, par les mêmes, avec 37 gravures.....

L'opération du trépan, par les mêmes.....

Envoi franco contre

W. Kun